

La aplicación de los derechos reproductivos de los/las adolescentes a partir de la Convención sobre los Derechos del Niño y la Niña

Center for Reproductive Rights

Enero 2000

Última consulta, 20 diciembre 2006

http://www.crlp.org/esp_pub_art_adolescentes.html

Una de cada cinco personas en el mundo es adolescente. Como muchos otros grupos, los/las adolescentes de todo el mundo tienen sus propias inquietudes y problemas. La Convención sobre los Derechos del Niño recoge los derechos humanos de todas las personas menores de 18 años.¹ Puesto que la mayoría de las personas consideradas adolescentes (véase cuadro) tiene menos de 18 años, la Convención sobre los Derechos del Niño engloba sus derechos humanos. El Programa de Acción aprobado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de 1994 y la Plataforma de Acción aprobada en la Cuarta Conferencia Mundial de Mujeres (CCMM) de 1995 establecen que "los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los instrumentos legales internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos aprobados por consenso."² La Convención sobre los Derechos del Niño es uno de los documentos internacionales de derechos humanos más importantes y contiene numerosas disposiciones que abarcan los derechos reproductivos de los/las adolescentes.

Sigue existiendo una brecha importante entre las disposiciones recogidas en la Convención sobre los Derechos del Niño y la realidad de la salud reproductiva y la vida de los/las adolescentes. En muchas de sus Observaciones finales dirigidas a los gobiernos, el Comité de los Derechos del Niño ha abordado los asuntos relativos a los derechos reproductivos de los/las adolescentes, haciendo hincapié a menudo en la necesidad de que los gobiernos tomen medidas para garantizar estos derechos. En demasiados casos, gobiernos y sociedades han hecho caso omiso de los asuntos de salud reproductiva o no los han distinguido de los problemas de salud infantil. Una excepción a ello se ha dado en el contexto en que las chicas adolescentes han comenzado a tener hijos. Por lo general, a estas adolescentes se les ha considerado como "mujeres", a pesar de que no hayan alcanzado la madurez física o emocional.

Este trabajo analiza los principales temas de salud y derechos reproductivos que afectan a los/las adolescentes a la luz de las obligaciones gubernamentales contenidas en la Convención sobre los Derechos del Niño. En concreto, se centra en ciertos temas que son universales en todos los/las adolescentes — como educación, anticoncepción, violencia sexual, VIH/SIDA, aborto y acceso a la atención en salud reproductiva — y en aquellos que tienen una especial importancia regional. Los temas que entran en esta última categoría son el matrimonio a edad temprana y la circuncisión femenina/mutilación genital femenina. En cada área de análisis, el documento comenta cuál es su cobertura como un derecho humano según la Convención sobre los Derechos del Niño. El trabajo recomienda algunas medidas básicas legales y de política fundamentales que todos los gobiernos deben esforzarse por alcanzar. Asimismo, se incluyen diversos ejemplos de cómo el Comité de los Derechos del Niño ha abordado el problema en las Observaciones finales que envía a los Estados partes. Por último, el trabajo resume una iniciativa legislativa o una política reciente que representa las "prácticas recomendables" en el marco de los esfuerzos realizados por los gobiernos para abordar el tema. Sin embargo, no evalúa la adecuada aplicación de dichas iniciativas.

De acuerdo con esta definición, los/las adolescentes constituyen el 20% de la población mundial. ⁴ A pesar de que el concepto de juventud varía entre culturas, cada vez existe un mayor consenso acerca de que la adolescencia es una etapa importante y diferenciada en la vida de la persona. Aunque la transición de la infancia a la edad adulta en la mayoría de las sociedades ha sido tradicionalmente rápida, los requisitos de la educación actual han convertido a la adolescencia en la mayor parte del mundo en una etapa diferenciada que se extiende a lo largo de varios años. ⁵ En muchas culturas, el inicio de la adolescencia viene señalado por un acontecimiento especial que tiene una dimensión simbólica y/o educativa. ⁶

¿Quiénes son adolescentes?

El término "adolescentes" hace referencia a personas entre 10 y 19 años de edad. En una declaración conjunta en 1988, la Organización Mundial de la Salud, el Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas y el Fondo de Población de las Naciones Unidas, acordaron la siguiente clasificación de hombres y mujeres jóvenes:

Adolescente: 10 a 19 años
Juventud: 15 a 24 años
Jóvenes: 10 a 24 años ³

I. EL MARCO DE REFERENCIA: LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS DE LOS/LAS ADOLESCENTES

Los derechos reproductivos de los/las adolescentes siguen siendo un tema polémico. En muchas sociedades, la sexualidad de los/las adolescentes es un tema delicado, y en muchos casos, polémico. De cualquier modo, las

conferencias internacionales celebradas recientemente, como la CIPD y la CCMM, han generado

una mayor atención hacia el tema de las necesidades y los problemas de la salud reproductiva de los/las adolescentes. Los documentos aprobados por consenso en estas conferencias internacionales reconocen explícitamente que "todo el mundo tiene el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental," ⁷ lo que incluye el derecho a la salud reproductiva, definida en ambos documentos como:

... el derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacción ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. ⁸

Estas conferencias avanzaron a partir del consenso alcanzado en anteriores conferencias internacionales sobre temas de derechos humanos y población que reconocieron que todos los individuos tienen tales derechos, independientemente de su estado civil, edad o cualquier otra situación. ⁹

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer reflejan muchas de las disposiciones claves recogidas en la Convención sobre los Derechos del Niño relacionadas con los derechos y la salud reproductiva de los/las adolescentes. En concreto, el artículo 24 reconoce el derecho de los niños "al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud." ¹⁰ También exige que los Estados partes tomen las medidas adecuadas "para desarrollar la educación y los servicios en materia de planificación familiar." ¹¹ Además, a la vez que la Convención del Niño establece que los Estados Partes "respetarán las responsabilidades, los derechos y los deberes de los padres ... de impartirle ... dirección y orientación apropiadas para que el niño ejerza los derechos reconocidos en la presente Convención," ¹² claramente reconoce que en todas las cuestiones, el interés superior del niño tiene prioridad y que éste debe poder ejercer sus derechos. ¹³ La Convención sobre los Derechos del Niño también fue el primer tratado internacional de derechos humanos que explícitamente reconoció la violencia y el abuso sexual, que es un elemento fundamental en la salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes. ¹⁴

II. EL ACCESO DE LOS/LAS ADOLESCENTES A LA ATENCIÓN EN SALUD REPRODUCTIVA

Antecedentes

□ En África subsahariana, el 83% de las mujeres había tenido su primera relación sexual antes de cumplir 20 años.¹⁵ En el 38% de los casos, antes de contraer matrimonio. Adicionalmente, el 55% de las mujeres había tenido su primer hijo antes de cumplir 20 años.¹⁶

- En Asia, Oriente Medio y Norte de África, el 48% de las mujeres había tenido su primera relación sexual dentro del matrimonio antes de los 20 años.¹⁷ El 32% había tenido su primer hijo antes de los 20 años.¹⁸ En América Latina y el Caribe, el 56% de las mujeres había tenido su primera relación sexual antes de cumplir 20 años, y se dividían por igual entre las que la habían tenido antes del matrimonio y dentro del matrimonio.¹⁹ El 34% había tenido su primer hijo antes de cumplir 20 años.²⁰
- En Estados Unidos, el 63% de las mujeres eran activas sexualmente antes de cumplir 18 años.²¹
- Encuestas realizadas en Gran Bretaña e Irlanda del Norte señalan que entre los encuestados menores de 20 años, el 18,7% de los/las adolescentes manifestó que tuvo su primera experiencia sexual antes de cumplir los 16 años.²²

El artículo 6 de la Convención sobre los Derechos del Niño establece que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida y que los Estados Partes deben garantizar en todo lo posible la supervivencia y el desarrollo del niño. En el artículo 24, los Estados Partes "reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud" y acuerdan "desarrollar la educación y servicios en materia de planificación de la familia."²³ El enfoque global de la Convención sobre los Derechos del Niño del derecho a la salud impone a los gobiernos la obligación de garantizar el acceso de las chicas adolescentes a servicios integrales de salud reproductiva. La Convención sobre los Derechos del Niño también aborda la obligación de los estados a garantizar la privacidad del niño²⁴ para asegurar "al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño."²⁵ La plena aplicación de estas disposiciones es de suma relevancia para que los/las adolescentes tengan capacidad para determinar su vida futura, incluyendo si desean o no tener hijos y en qué momento tenerlos.

²⁶ Si carecen del acceso a servicios de salud prenatal y posnatal adecuados, las adolescentes pueden tener embarazos que les conduzcan a la muerte o a padecer enfermedades derivadas de la inmadurez física. Además, si no tienen acceso a una variedad completa de anticonceptivos, libremente escogidos, las adolescentes pueden tener embarazos no deseados e enfermedades de transmisión sexual (ETS). El Comité ha expresado su preocupación en relación con el acceso de los/las adolescentes a los servicios de salud reproductiva y ha hecho notar que los gobiernos deben proporcionar servicios de maternidad adecuados y abordar los temas relacionados con el embarazo y el VIH/SIDA entre las adolescentes.²⁷

Debido a la polémica generada en torno a la sexualidad entre los/las adolescentes y el desconocimiento general sobre las necesidades en materia sexual y reproductiva de los/las adolescentes, muy pocos países del mundo han establecido servicios adecuados de atención en salud reproductiva para adolescentes.²⁸ Las necesidades de atención de los/las adolescentes en materia de salud reproductiva varían según la cultura, edad y estado

civil. Pero todos los/las adolescentes necesitan disponer de información precisa y adecuada sobre salud sexual y reproductiva. También requieren que los servicios de salud reproductiva sean accesibles y costeables. Si no tienen acceso a información precisa, los/las adolescentes corren el riesgo de no estar debidamente informados en cuestiones sexuales y reproductivas, lo que puede conducirles a tomar decisiones que pueden tener consecuencias negativas en sus vidas. Por otra parte, los/las adolescentes necesitan recibir información sobre las prácticas de sexo seguro, incluyendo técnicas de negociación, que les ayude a protegerse de posibles relaciones peligrosas y abusivas. Puesto que las adolescentes embarazadas enfrentan un mayor riesgo de complicaciones para su salud que las mujeres adultas, es fundamental que tengan acceso a servicios de atención prenatal de buena calidad y costeables.²⁹

El problema de la privacidad y confidencialidad en la atención a la salud reproductiva también afecta a los/las adolescentes. Esto es especialmente importante en el caso de las adolescentes solteras que tienen que enfrentarse a actitudes negativas por ser sexualmente activas. Ese tipo de actitudes sólo consiguen evitar que las adolescentes busquen la atención en salud reproductiva. Estas mismas adolescentes también requieren tener acceso a la anticoncepción para protegerse de embarazos no deseados y de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA.

Observaciones finales del Comité de los Derechos del Niño

"El Comité manifiesta su preocupación por la insuficiencia de servicios de atención e información en materia de salud reproductiva para adolescentes [en Paraguay] ...[y] aconseja que el Estado Parte promueva la salud entre los adolescentes reforzando los servicios en salud reproductiva y planificación familiar para prevenir y combatir el VIH/SIDA, otras enfermedades de transmisión sexual y los embarazos en adolescentes."³⁰

"El Comité ... manifiesta su preocupación por la insuficiencia de las medidas tomadas para abordar los asuntos de salud para los adolescentes, tales como la salud reproductiva y la incidencia de embarazos precoces [en Hungría] ... y recomienda que ... se refuercen los programas educativos en materia de salud reproductiva y que se pongan en marcha campañas informativas sobre planificación familiar y prevención del VIH/SIDA."³¹

"Las leyes y reglamentaciones austríacas no prevén una edad mínima para obtener asesoramiento y tratamiento médico sin el consentimiento de los padres. El Comité se siente preocupado porque el requisito de recurrir a un tribunal hará que los niños no busquen atención médica y será perjudicial para el interés superior del niño."³²

Recomendaciones del CRR

- Los gobiernos deben eliminar todos los obstáculos legales y normativos relativos a la atención en salud reproductiva de los/las adolescentes y deben crear programas integrales de salud para cada grupo de edad específica, como parte de la política de salud global del país.
- Estos servicios deben ir dirigidos a adolescentes casados y no casados, y deben incluir la información y los

es (PIER), El Colegio Mexiquense, A.C.

servicios acerca de la salud reproductiva, las infecciones de transmisión sexual, los roles de género, la sexualidad y el uso responsable de los anticonceptivos.

Prácticas recomendables

En 1996, el gobierno de Ghana aprobó el Plan de Salud Reproductiva para Adolescentes con el propósito de abordar las necesidades de los/las adolescentes en materia de salud reproductiva y proporcionar a las agencias gubernamentales una guía de actuación.³³ Más importante aún, el plan reconoce los derechos de los/las adolescentes a contar con la información y los servicios de atención adecuados en salud sexual y reproductiva.

El núcleo de atención principal del plan son los/las adolescentes, incluidos también los/las que están en instituciones educativas. Sin embargo, también se incluye a los grupos marginales, como los niños de la calle, los/las adolescentes relacionados/as con la calle y los/las adolescentes física o mentalmente discapacitados/as. El segundo núcleo de atención lo constituyen los grupos e individuos que influyen en la conducta y la opinión de los/las adolescentes. Estos grupos son los padres, cónyuges o compañeros de más edad, maestros, líderes comunitarios y religiosos, prestadores de servicios y agentes encargados de hacer cumplir la ley.

Los objetivos del plan son promover el bienestar físico, mental y social de los/las adolescentes en Ghana y fomentar el desarrollo y la puesta en práctica de actividades y servicios para aumentar las opciones disponibles en materia de salud reproductiva entre los/las adolescentes. Los objetivos del plan a largo plazo incluyen lo siguiente: el fomento de programas educativos en salud reproductiva destinados a adolescentes, la ejecución de programas para reducir los embarazos a edad temprana, las infecciones del aparato reproductivo, las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, los abortos de riesgo, la circuncisión femenina/mutilación genital femenina y los matrimonios a edad muy temprana; el desarrollo y fortalecimiento de programas dirigidos a los grupos de adolescentes marginados; y la consecución de planes dirigidos a eliminar la violencia contra los/las adolescentes y prácticas desfavorables para las niñas. La política hacia los/las adolescentes en Ghana también reconoce la necesidad de llevar a cabo investigaciones sobre estos temas, el control y la evaluación de los asuntos y los programas de salud reproductiva entre los/las adolescentes.

Las estrategias para alcanzar los objetivos son numerosas. Incluyen la sensibilización de los responsables de la toma de decisiones y elaboración de políticas con el fin de crear un entorno político más positivo; la mejora de los programas de formación escolar y extra-escolar y el incremento de la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de atención de salud reproductiva para adolescentes.

III. EDUCACIÓN Y ADOLESCENTES

Antecedentes

La educación es un elemento fundamental para el cumplimiento de los derechos reproductivos entre los/las adolescentes. La educación permite que los/las adolescentes obtengan información que pueden utilizar para ejercer y proteger un amplio espectro de intereses y derechos, incluidos los derechos reproductivos. Los artículos 28 y 29 de la Convención sobre los Derechos del Niño constituyen declaraciones contundentes sobre el derecho de todos los niños a la educación. Los Estados Partes se comprometen a "implantar la enseñanza primaria obligatoria y gratuita para todos."³⁸ Además, aceptan "fomentar el desarrollo, en sus diferentes formas, de la enseñanza secundaria... [y] hacer que todos los niños dispongan de ella y tengan acceso a ella."³⁹ En el artículo 29, los Estados Partes acuerdan orientar su educación para "preparar al niño para asumir una vida responsable en una sociedad libre, con espíritu de comprensión, paz, tolerancia [e] igualdad de los sexos..."⁴⁰

- En África Subsahariana, un promedio de aproximadamente 50% de las jóvenes recibe al menos siete años de escolaridad.³⁴ Esta cifra desciende hasta el 10% en Burundi, Malí, Níger y la República Centroafricana.³⁵
- En África del Norte, Oriente Medio y Asia, entre el 25% y el 50% de las chicas recibe una educación básica.³⁶
- En algunos países de América Latina y el Caribe, más del 60% de las chicas recibe siete años de educación básica.³⁷

A pesar del hecho de que la Convención sobre los Derechos del Niño establece la aplicación de sus disposiciones "sin discriminación... sin distinción de...sexo", muchos países continúan rezagados en la mejora de la educación de las jóvenes. Este rezago de la educación de las chicas constituye un incumplimiento del derecho a la educación expuesto en la Convención sobre los Derechos del Niño, así como en otros instrumentos jurídicos sobre derechos humanos como son la Declaración Universal de los Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en los que se establece el derecho a la educación.⁴¹

Las investigaciones han demostrado que en todo el mundo, en diferentes regiones y culturas, las mujeres que han recibido una educación muestran una mayor iniciativa en sus vidas reproductivas que aquellas que han recibido muy poca educación o ninguna.⁴² Estas investigaciones también señalan que es

necesario al menos cinco años de educación escolar para hacer posible que una mujer tenga control sobre su vida reproductiva.⁴³ Hay más probabilidades de que busque información y atención en salud reproductiva una adolescente que ha recibido educación que otra que no la haya recibido.

Además, la educación aumenta la seguridad y autoestima de las mujeres, sus posibilidades de empleo y su capacidad para hacerse cargo de sí mismas.

El bajo nivel de asistencia escolar de las jóvenes está principalmente relacionado con el género y la falta de recursos económicos. Con respecto al género, en las sociedades donde los matrimonios a edad temprana son la norma, a menudo se retira a las adolescentes de la escuela para que contraigan matrimonio. Asimismo, en diversos países, las adolescentes que quedan embarazadas son expulsadas de la escuela.⁴⁴ En muchas zonas rurales, las familias carecen de recursos para enviar a todos los hijos a la escuela y con frecuencia se sacrifica la educación de las hijas.⁴⁵

Además de la educación formal, es igualmente importante proporcionar a los/las adolescentes y a los/las jóvenes educación sobre cuestiones sexuales y reproductivas. Muchos países se resisten a impartir dicha educación en los ámbitos formales porque creen, equivocadamente, que educar a los/las adolescentes en materia de sexualidad fomenta la actividad sexual temprana. Sin embargo, las investigaciones demuestran que la educación sexual tiene, de hecho, el efecto contrario de retrasar el inicio de la actividad sexual.⁴⁶

Observaciones finales del Comité de los Derechos del Niño y la Niña

"A fin de evitar los embarazos prematuros, el Comité recomienda que se fortalezca la educación sexual [en Bulgaria] y que se inicien campañas de información en relación con la planificación familiar."⁴⁷

"Preocupan al Comité las bajas tasas de matrícula escolar y las altas tasas de deserción escolar [en Etiopía], en particular entre las niñas, así como la falta de instalaciones de enseñanza y la escasez de maestros capacitados, en particular en las zonas rurales... Además, el Comité expresa la preocupación ... ante el hecho de que la educación primaria aún no sea obligatoria."⁴⁸

"El Comité está también preocupado por el número de niños que abandonan la escuela prematuramente [en Irak] para empezar a trabajar, especialmente niñas. El Comité recomienda que se adopten todas las medidas necesarias para facilitar la igualdad de acceso a la educación, que se aliente a los niños, especialmente a las niñas, a permanecer en la escuela y que se desaliente su ingreso temprano en la mano de obra."⁴⁹

Recomendaciones del CRR

Libertades Laicas. Programa Interdisciplinario de Estudios sobre las Religiones (PIER), El Colegio Mexiquense, A.C.
Ex Hacienda Santa Cruz de los Patos, Zinacantan, CP 51350, México, Teléfono: (+52) 722 279 99 08, ext. 215 y 216. Correo electrónico: libertadeslaicas@cmq.edu.mx

- Los gobiernos deben promulgar leyes dirigidas a hacer obligatoria la asistencia a la educación primaria para ambos sexos y aprobar planes para fomentar la educación de las chicas en los niveles secundario y terciario. 6 Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas (CRLP)
- Los gobiernos deben desarrollar programas de educación sexual y de habilidades para la vida práctica en todos los niveles educativos: primario, secundario y terciario.
- Las políticas gubernamentales deben reflejar las necesidades especiales de los/las adolescentes marginados/as, como las de los niños de la calle y los/las jóvenes que han abandonado la escuela.

Prácticas recomendables

En Bangladesh, donde hay una gran cantidad de niñas sin educación escolar, el gobierno ha adoptado una iniciativa de política global dirigida a incrementar las oportunidades de que las jóvenes reciban una educación secundaria. 50 Esta iniciativa fue puesta en conocimiento del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), que monitorea la aplicación de la Convención sobre la Mujer, en 1997. Los objetivos propuestos en la iniciativa son retener a las estudiantes en el nivel secundario con el fin de fomentar la educación superior; incrementar las tasas de escolarización y reducir las tasas de deserción; y controlar la tasa de crecimiento poblacional desalentando que las jóvenes contraigan matrimonio antes de los 18 años.

La iniciativa contempla también lo siguiente: un pago para matrícula y compra de libros para las jóvenes de 12 a 16 años que residan fuera de las áreas metropolitanas, educación gratuita hasta la universidad para hijas únicas que sean chicas residentes fuera de las áreas metropolitanas; alimentación mensual gratuita para las chicas a cambio de su asistencia regular a la escuela; contratación de más profesores, la formación en habilidades ocupacionales para las chicas que abandonan la escuela a los 13 años o antes; y campañas para crear conciencia en la opinión pública dirigidas a fomentar la educación de las jóvenes.

IV. MATRIMONIOS A EDAD TEMPRANA

Antecedentes

- La edad a la que se contrae matrimonio por primera vez ha aumentado de manera importante en ciertos países asiáticos como Filipinas y Sri Lanka, donde sólo alrededor del 14% de las mujeres se casa antes de los 18 años. Sin embargo, en Bangladesh, casi el 75% de las mujeres se casa antes de cumplir los 18 años.⁵¹
- En América Latina y el Caribe, entre el 20% y el 40% de las mujeres contrae matrimonio por primera vez antes de los 18 años.⁵² En Oriente Medio y el Norte de África, esta cifra desciende por debajo del 30%, a excepción de Yemen, donde asciende al 50%.⁵³
- En África Subsahariana, el porcentaje de adolescentes que contrae matrimonio antes de los 18 años varía entre el 75% de Malí y Níger y cerca del 15% en Botswana, Namibia y Ruanda.⁵⁴
- En el Este y Centro de Europa, la edad promedio en el primer matrimonio oscila entre los 21 y 22 años, y en el Sur de Europa entre los 24 y 25 años.⁵⁵
- Existe con frecuencia una gran diferencia de edad entre los cónyuges, debido a que los hombres suelen contraer matrimonio más tardíamente que las mujeres.⁵⁶ Estas diferencias de edad son mayores en el África Subsahariana, África del Norte y Oriente Medio, en un promedio de 5 a 10 años.⁵⁷ En Asia, América Latina y el Caribe, la diferencia de edad oscila entre los tres y seis años.⁵⁸

El artículo 2 garantiza a todos los niños los derechos expuestos en la Convención sobre los Derechos del Niño, sin discriminación por razón de su sexo. No obstante, en muchos países, la edad mínima a la que se permite a las adolescentes contraer matrimonio es inferior a la de los hombres. La edad mínima de las chicas para contraer matrimonio es a menudo demasiado baja, lo que compromete su derecho a la educación;⁵⁹ el pleno desarrollo de su personalidad, habilidades y su capacidad física y mental;⁶⁰ y cuando sobreviene un embarazo, compromete también su salud⁶¹ y, en ocasiones, su vida.⁶² En algunos países, las jóvenes se ven obligadas a contraer matrimonio contra su voluntad o antes de estar en condiciones de consentir el matrimonio, lo que supone una violación del artículo 12,⁶³ que exige que "los Estados Partes garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño..."

A pesar de que la Convención sobre los Derechos del Niño no aborda explícitamente el tema del matrimonio infantil, sí establece que los Estados Partes "adoptarán todas las medidas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños."⁶⁴ El Comité de los Derechos del Niño ha reconocido como una práctica tradicional perjudicial el matrimonio a edad temprana.⁶⁵ Obligar a un niño o adolescente a contraer matrimonio muy tempranamente puede afectar negativamente su salud física y psicológica⁶⁶ y en los casos en que el adolescente se niega a consentir las relaciones sexuales o es demasiado joven como para consentir a ello con conocimiento, tales matrimonios puede tener como consecuencia la violencia sexual.⁶⁷

La mayoría de las adolescentes que contraen matrimonio a edad temprana son presionadas para tener hijos antes de haber alcanzado la madurez fisiológica, lo que redundará gravemente en términos de morbilidad y mortalidad materna.⁶⁸ En muchas sociedades, las jóvenes están sometidas a presión cultural o coacción para casarse muy jóvenes y con el hombre que se les ha

escogido previamente. Algunas costumbres y creencias religiosas consienten o exigen el matrimonio forzado, el matrimonio infantil, los arreglos en torno a la dote y el precio de la novia, el matrimonio consanguíneo, la poligamia y la poliginia.⁶⁹ En muchas de las culturas en las que la edad para el matrimonio de las mujeres sigue siendo muy baja, existe también una diferencia de edad importante entre los cónyuges. Las grandes diferencias de edad refuerzan los estereotipos de género, incluida la dependencia de la mujer y la falta de control sobre su vida.⁷⁰

Numerosos países buscan prevenir el matrimonio temprano promulgando leyes relativas a la edad mínima para el primer matrimonio, exigiendo el registro civil de los matrimonios y evitando el compromiso de las chicas menores de 18 años.⁷¹ Desgraciadamente, en la práctica no se impone el cumplimiento de la mayoría de estas leyes de manera sistemática. En la mayoría de los países, las leyes relativas a la edad mínima para contraer matrimonio se aplican sólo cuando no existe el consentimiento de los padres. A menudo, la edad mínima requerida es mayor en el caso de los hombres que en el de las mujeres.⁷² Incluso en países en donde las leyes son las adecuadas, no se hacen cumplir de manera apropiada o las costumbres que permiten el matrimonio a edad temprana coexisten con la legislación nacional y se permite que prevalezca aquélla cuando se trata de asuntos familiares.⁷³ De ahí que la protección legal de la elección marital en el caso de los/las adolescentes sea sumamente limitada. A causa de las presiones culturales, las jóvenes suelen respetar los deseos de sus padres y si se niegan a hacerlo, la ley, explícita o implícitamente, autoriza a que tales deseos se impongan.

Observaciones finales del Comité de los Derechos del Niño y la Niña

"El Comité advierte con gran preocupación que [en Argelia] la ley aplicable en el caso de violación de una menor exime del enjuiciamiento penal al autor del delito si éste se muestra dispuesto a contraer matrimonio con la víctima. Además, con el objeto de legitimar la celebración del matrimonio, que en otro caso contravendría la ley, el artículo 7 del Código de Familia de Argelia autoriza al juez a rebajar la edad para contraer matrimonio si la víctima es una menor."⁷⁴

"Es motivo de preocupación para el Comité que la legislación nacional [de Panamá] establezca una edad mínima para el matrimonio diferente para varones y mujeres y que autorice el matrimonio de las niñas ya a los 14 años."⁷⁵

"Al Comité le preocupa la práctica del matrimonio precoz [en Kuwait]. Recomendamos que el Estado Parte haga todo lo posible, incluyendo la adopción de medidas legislativas, campañas de información destinadas a cambiar actitudes, asesoramiento y formación en materia de salud reproductiva, para evitar y combatir esta práctica tradicional perniciosa para la salud y el bienestar de las muchachas y para el desarrollo de la

familia."⁷⁶

Recomendaciones del CRR

- Los gobiernos deben reforzar las leyes vigentes relativas a la edad mínima requerida para contraer matrimonio e impulsar el establecimiento de una legislación uniforme y obligatoria aplicable en todos los matrimonios.
- Los gobiernos deben establecer los 18 años como edad mínima para contraer matrimonio tanto en mujeres como en hombres.
- Además, los gobiernos deben promulgar leyes que garanticen que los matrimonios se celebren con el consentimiento de los cónyuges.

Prácticas recomendables

Burkina Faso reformó su Código Penal en 1996 con el fin de incorporar una disposición en la que se tipificaba como delito el hecho de obligar o forzar a alguien a contraer matrimonio.⁷⁷ El prefacio al nuevo Código Penal establece que se añadan tanto ésta como otras nuevas disposiciones penales con el objeto de proteger más eficazmente los derechos humanos, incluida la prevención de la violación de la integridad sexual de la mujer y la garantía del derecho a contraer matrimonio por libre voluntad.⁷⁸ La pena por obligar a alguien a contraer matrimonio es de seis meses a dos años de prisión.⁷⁹ Sin embargo, si la víctima es menor de edad la pena de prisión aumenta de 1 a 3 años.⁸⁰ Si la menor resulta ser una joven menor de 13 años, se aplica la pena máxima.⁸¹ La edad legal para contraer matrimonio en Burkina Faso son los 17 años para las mujeres y 20 para los hombres, aunque un juez puede, en caso de que exista una razón grave, autorizar una excepción a ello.⁸² Sin embargo, incluso en estas circunstancias especiales, el juez no puede rebajar la edad por debajo de los 15 años en el caso de la mujer y de 18 en el del hombre.⁸³

V. EMBARAZO A EDAD TEMPRANA Y ANTICONCEPCIÓN

- Aproximadamente el 10% de todos los nacimientos en el mundo corresponden a adolescentes.⁸⁴

- Cada año, aproximadamente 14 millones de mujeres jóvenes son madres.⁸⁵

- En África Subsahariana, más de la mitad de las mujeres entre 20 y 24 años de edad ha dado a luz antes de los 20 años, en comparación con un tercio en América Latina y el Caribe.⁸⁶

- En Estados Unidos, el 13% de todos los nacimientos corresponden a adolescentes. De hecho, casi un millón de jóvenes se quedan embarazadas cada año, el 78% de ellas sin haberlo planificado.⁸⁷ Las tasas de embarazos adolescentes son más elevadas en Estados Unidos que en muchos otros países industrializados: dos veces superior es que en Canadá y nueve veces más que en Holanda y Japón.⁸⁸

- Las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud muestran que el riesgo de muerte asociado al embarazo es dos veces mayor entre las adolescentes de 15 a 19 años y cinco veces superior en las adolescentes entre 10 y 14 años en comparación con las mujeres mayores de 20 años.⁸⁹

- Los niveles de embarazos no deseados varían entre las adolescentes. Oscilan entre el 25% de todos los embarazos adolescentes en Guatemala y el 50% en Perú; entre el 15% y el 30% en Oriente Medio y África del Norte; entre el 10% y el 16% en la India, Indonesia y Pakistán, y entre el 20% y el 45% en el resto de los países asiáticos; y entre el 11% al 13% en Níger y Nigeria hasta el 50% o más en Botswana, Ghana, Kenya, Namibia y Zimbabwe.⁹⁰

Libertades Laicas

oamericana por las libertades laicas

Antecedentes

El derecho humano internacionalmente reconocido a decidir libre y responsablemente el número de hijos, su espaciamiento y el momento de tenerlos es el eje central de los derechos reproductivos y se aplica a todos los individuos en edad reproductiva, incluidos los niños.⁹¹ A pesar de que el Convención sobre los Derechos del Niño no aborda de manera específica el tema del embarazo a edad temprana, sí reconoce explícitamente el derecho del individuo a recibir información y servicios de atención en materia de planificación familiar⁹² y puede ser interpretado como que protege la autodeterminación reproductiva.⁹³ Debido a los riesgos que el embarazo a edad temprana representan para la salud y la vida,⁹⁴ los gobiernos tienen la obligación de garantizar el acceso a la información y los servicios de atención en materia de planificación familiar, hacer cumplir las leyes relativas a la edad mínima para el matrimonio y fomentar que las jóvenes permanezcan en la escuela. En muchos casos, los embarazos adolescentes no deseados suceden como consecuencia del abuso sexual o el matrimonio a edad temprana. Los Estados Partes en la Convención sobre los Derechos del Niño también están obligados a abordar las prácticas tradicionales perjudiciales⁹⁵ y el abuso sexual.⁹⁶

Debido a que con frecuencia las adolescentes no están suficientemente maduras para tener hijos desde del punto de vista fisiológico, la gestación temprana está asociada a altos niveles de mortalidad y morbilidad materna.⁹⁷ Los riesgos de la gestación temprana consisten en hemorragias, anemia, desnutrición, obstrucción o retraso del alumbramiento, bajo peso al nacer y muerte de la madre o el infante.⁹⁸ Además de la mejora en el resultado del embarazo, hay ventajas socioeconómicas en el retraso de la gestación temprana. Una adolescente que retrasa su primer embarazo tiene mejores posibilidades de prolongar su educación y de adquirir las habilidades y el conocimiento necesarios que le permitan cuidar mejor de sí misma y de su futura familia.

Debido al alto nivel de actividad sexual y embarazos no deseados entre los/las adolescentes, una de las mejores maneras de evitar un embarazo es potenciando las prácticas anticonceptivas. En África Subsahariana, son pocas las adolescentes casadas que utilizan anticonceptivos debido a la importancia que se le otorga al hecho de tener muchos hijos.⁹⁹ También en Oriente Medio y en África del Norte, el uso de los anticonceptivos entre las adolescentes casadas es bajo, al igual que sucede en la India y Pakistán.¹⁰⁰ Algunos de los niveles más elevados en el uso de anticonceptivos en los países del sur se dan en Indonesia y Tailandia, así como en América Latina y el Caribe.¹⁰¹ El predominio del uso de anticonceptivos entre adolescentes no casadas sexualmente activas en África Subsahariana es mucho más elevado que en el caso de sus contrapartes casadas, mientras que en América Latina y el Caribe, la presencia del anticonceptivo es parecida en ambos grupos.¹⁰²

Lamentablemente, muchos adolescentes disponen de muy poca o ninguna información sobre anticonceptivos y la manera adecuada de emplearlos.¹⁰³ Como ya se ha señalado, los/las adolescentes tienen que hacer frente a muchos obstáculos para obtener información sobre anticonceptivos y disponer de ellos. Estos obstáculos tienen su razón de ser fundamentalmente en creencias y normas tradicionales en contra de las relaciones sexuales premaritales, lo cual se ha traducido en leyes y políticas que limitan o restringen el acceso de los/las adolescentes a los anticonceptivos al requerir el consentimiento de los padres. Incluso cuando esas barreras legales no existen, a veces sucede que los prestadores de esos servicios muestran una actitud negativa al respecto o se niegan a proporcionar los anticonceptivos. Estas barreras legales y prácticas desalientan el uso de los anticonceptivos entre las adolescentes no casadas que no desean que sus padres sepan acerca de su actividad sexual y entre las casadas que no pueden llegar a un acuerdo sobre la utilización de anticonceptivos con sus cónyuges.

Observaciones finales del Comité de los Derechos del Niño y la Niña

"Al Comité le preocupa el elevado índice de embarazos tempranos [en Uruguay], que tiene consecuencias negativas en la salud de las madres y los niños y en el disfrute por parte de la madre de su derecho a la educación, al dificultar la asistencia a la escuela y dando lugar a un número elevado de abandono de los estudios ...[y] recomienda que se adopten medidas para impartir educación familiar y prestar servicios adecuados a los/las jóvenes en la escuela y en los programas de salud que se llevan a cabo en el país."¹⁰⁴

"El Comité observa con preocupación que sigue habiendo obstáculos para la aplicación efectiva de los programas de educación y planificación familiar en el país, en vista de la falta

de materiales y servicios de calidad en Cuba."¹⁰⁵

Recomendaciones del CRR

- Los gobiernos deben eliminar las restricciones en materia de anticonceptivos, incluyendo la excesiva reglamentación y la prohibición de difundir la información.
- Los gobiernos deben proporcionar el acceso universal a la información y a los servicios sobre anticonceptivos para los/las adolescentes casados y no casados.
- Los gobiernos deben proporcionar acceso universal a la atención prenatal y posnatal para las adolescentes embarazadas, con independencia de su estado civil.

Prácticas recomendables

Este apartado analiza una iniciativa emprendida por un país del norte, Estados Unidos, que durante los últimos 29 años ha tratado de garantizar el acceso de los/las adolescentes a la anticoncepción a través de leyes. La disposición Título X de la Ley de Servicios de Salud Pública de los Estados Unidos¹⁰⁶ fue promulgada en 1970. Tiene como objetivo "coadyuvar para que toda persona que lo desee tenga acceso de manera inmediata a los servicios de planificación familiar voluntaria"¹⁰⁷. El programa contemplado en el Título X proporciona servicios de planificación familiar como la anticoncepción (incluida la planificación familiar natural y la abstinencia); el manejo y tratamiento de la infertilidad (incluida la adopción); consejería; educación y atención general de salud reproductiva, incluidos el diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual.¹⁰⁸ El programa, administrado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos, proporciona fondos tanto a organismos públicos como privados, como las clínicas de planificación familiar y los departamentos de salud estatales. El Título X también garantiza la confidencialidad de todos los involucrados, incluidos los adolescentes.¹⁰⁹

El Congreso de los Estados Unidos reconoció en 1978 que los embarazos adolescentes "a menudo no son deseados y pueden tener consecuencias sanitarias, sociales y económicas negativas para la persona involucrada."¹¹⁰ En consecuencia reformó el Título X original con el fin de incorporar de manera explícita los servicios dirigidos a los/las adolescentes.¹¹¹ Sin embargo, desde 1996, los miembros del Congreso opuestos a la planificación familiar han buscado la manera de restringir el acceso a los servicios contemplados en el Título X, han propuesto reformas a la ley de los presupuestos anuales para incluir como requisito el consentimiento de los padres, la notificación a estos, la emancipación o la intervención judicial en el caso de las jóvenes que soliciten tales servicios.¹¹² Sin embargo, la mayoría de los miembros del Congreso han rechazado

de manera sistemática dichas reformas, pues temen que tales medidas disuadan a las adolescentes de buscar atención en salud reproductiva.¹¹³

- Investigaciones realizadas en diversos países del sur muestran que las adolescentes no casadas y embarazadas deciden poner término a sus embarazos con mayor frecuencia que otros grupos.¹¹⁴ Entre uno y cuatro millones de mujeres adolescentes de países del sur abortan de manera clandestina y en condiciones generalmente de riesgo.¹¹⁵
- Las adolescentes suelen retrasar el aborto hasta después de transcurrido el primer trimestre y a menudo buscan la ayuda de personas que no son médicos, lo que se traduce en elevadas tasas de complicaciones derivadas de ello. Los abortos auto-inducidos también son una práctica común entre las adolescentes de muchos países.¹¹⁶
- En Chile y Argentina, más de una tercera parte de las muertes maternas entre las adolescentes son consecuencia directa de abortos realizados en malas condiciones.¹¹⁷ En Perú, una tercera parte de las mujeres hospitalizadas por complicaciones derivadas de abortos son mujeres adolescentes entre 15 y 24 años.¹¹⁸
- La Organización Mundial de la Salud ha calculado que en muchos países de África, hasta el 70% de las mujeres hospitalizadas por complicaciones de abortos tienen menos de 20 años.¹¹⁹ Una investigación realizada en Uganda mostró que casi el 60% de las muertes relacionadas con abortos se producían entre mujeres adolescentes.¹²⁰
- Entre los países industrializados, Estados Unidos tiene una de las tasas de abortos de adolescentes más elevadas. Las tasas de abortos entre los 15 y 19 años varían entre 3 de cada mil en Alemania, a seis en Japón, 19 en Inglaterra y Gales y 36 en Estados Unidos.¹²¹

VI. El aborto en malas condiciones

Antecedentes

La falta de servicios para la práctica de abortos legales y en condiciones seguras para las adolescentes pone en riesgo su salud y su vida y socava su derecho a tomar sus propias decisiones respecto a su maternidad. Como ya se ha comentado, la Convención sobre los Derechos del Niño protege el derecho a la vida y la salud de todos los niños sin límite alguno.¹²² De este modo, según la perspectiva global del derecho a la salud recogida en el artículo 24, las adolescentes que sufren complicaciones médicas derivadas de abortos producidos en malas condiciones o en situaciones de riesgo tienen derecho a recibir una atención adecuada, respetuosa y confidencial. Cuando un país declara ilegal o restringe severamente una atención médica que sólo la requieren las mujeres adultas y adolescentes está violando la prohibición de discriminar por razón de género, de acuerdo con los instrumentos internacionales de derechos humanos, incluida la Convención sobre los Derechos del Niño.¹²³

Además, si una adolescente es capaz de comprender la gravedad de su decisión, una joven que enfrenta a un embarazo no deseado debe tener derecho a tomar las decisiones relacionadas con su embarazo, lo cual incluye si lleva o no a término su gestación. A pesar de que la Convención sobre los Derechos del Niño no hace referencia de una manera explícita al tema del aborto, sí establece que los Estados Partes "garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez del niño."¹²⁴ Además, la Convención sobre los Derechos del Niño aclara que "ningún niño será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada..."¹²⁵

El aborto en malas condiciones¹²⁶ tiene implicaciones en materia de salud especialmente graves en las adolescentes y las mujeres

ciplinario de Estudios sobre las Religiones (PIER), El Colegio Mexiquense, A.C. Zinacantepec, CP 51350, México, Teléfono: (+52) 722 279 99 08, ext. 215 y correo electrónico: libertadeslaicas@cmq.edu.mx

jóvenes, sobre todo en los casos en que el aborto es ilegal o está severamente restringido, o las adolescentes tienen un difícil acceso a él. La situación legal del aborto incide en las tasas de mortalidad y morbilidad materna relacionadas con los abortos.¹²⁷ Estas tasas son particularmente elevadas entre las adolescentes.¹²⁸ Además, las adolescentes en todo el mundo son víctimas en un número desproporcionado de abortos producidos en malas condiciones, debido a que es mínimo su acceso a información y servicios de calidad y confidenciales en materia de salud reproductiva, incluida la anticoncepción. Asimismo, las adolescentes tienen una menor probabilidad, en comparación con las mujeres de mayor edad, de tener los contactos sociales, el acceso a transporte y medios económicos para procurarse un aborto seguro.¹²⁹

A pesar de que desde 1994 existe una clara tendencia hacia la liberalización de la legislación sobre el aborto, sigue habiendo limitaciones políticas y legales en muchos países del sur, sobre todo en América Latina, África y Oriente Medio.¹³⁰ Entre los países con una población superior a un millón de personas, donde el aborto es legal en al menos ciertas circunstancias, la autorización de los padres sigue siendo un requisito en 28 países.¹³¹ Estas barreras pueden contribuir a que se produzcan retrasos en la práctica del aborto durante el primer trimestre, cuando sería más seguro, y a que las adolescentes recurran a procedimientos clandestinos e ilegales para evitar el involucramiento de los padres.

Observaciones finales del Comité de los Derechos del Niño y la Niña

"Al Comité le preocupa el índice de mortalidad maternal relativamente elevado, especialmente porque afecta a las muchachas jóvenes en Nicaragua. También observa que los abortos clandestinos y los embarazos de adolescentes parecen constituir un grave problema en el país."¹³²

"El Comité expresa su preocupación por la escasez de programas y servicios [en Belice] y la falta de datos apropiados en el ámbito de la salud de los/las adolescentes, incluidos ... violencia y abortos."¹³³

"Si bien este Comité reconoce los esfuerzos realizados por [Guinea] en el ámbito de la salud para los/las adolescentes, está particularmente preocupado por la alta tasa, que sigue en aumento, de embarazos precoces, la elevada tasa de mortalidad derivada de la maternidad y la falta de acceso de las adolescentes a la educación y a los servicios en salud reproductiva."¹³⁴

Recomendaciones del CRR

Libertades Laicas. Programa Interdisciplinario de Estudios sobre las Religiones (PIER), El Colegio Mexiquense, A.C.
Ex Hacienda Santa Cruz de los Patos, Zinacantan, CP 51350, México, Teléfono: (+52) 722 279 99 08, ext. 215 y 216. Correo electrónico: libertadeslaicas@cmq.edu.mx

- Con el fin de hacer frente al aborto realizado en malas condiciones, sobre todo su elevada incidencia entre las adolescentes, los gobiernos deben tomar en consideración la promulgación de leyes que permitan la práctica del aborto sin que esté restringido por determinados supuestos o que contemplen la ampliación de éstos.
- Los agentes encargados de velar por el cumplimiento de la ley deben abstenerse de perseguir penalmente a aquellas mujeres que se hayan sometido a un aborto y a las personas que los hayan practicado con el consentimiento de sus pacientes.
- En los países en donde el aborto está legalizado, los gobiernos deben garantizar que todas las mujeres, incluidas las adolescentes, tengan acceso a la gama más amplia posible de servicios de aborto de calidad autorizados por la ley, con independencia de sus ingresos, estado civil y nivel educativo.

Prácticas recomendables

En 1995, Guyana se convirtió en uno de los pocos países de América del Sur que ha promulgado una ley de legalización del aborto. En 1991, en Guyana el aborto séptico y el aborto incompleto eran respectivamente la tercera y la octava causas más importantes de hospitalización.¹³⁵ A consecuencia de la promulgación en 1995 de la Ley para la Interrupción Médica del Embarazo,¹³⁶ se registró una importante disminución de las tasas de hospitalización producidas por las práctica de abortos en malas condiciones.¹³⁷ Dicha ley reconoce e impulsa la autonomía reproductiva de la mujer al proporcionarle la alternativa de poner término, según su criterio, a su embarazo.

Esta ley establece la terminación legal del embarazo¹³⁸ sin restricción en cuanto a su fundamento en las primeras ocho semanas¹³⁹ de gestación.¹⁴⁰ Entre las ocho y doce semanas están contempladas ciertas circunstancias en las que está permitido el aborto. Estas circunstancias son las siguientes: con el fin de evitar el daño físico o mental de la mujer; en el caso de que exista un riesgo importante de lesión en el feto; si se considera que la mujer embarazada está incapacitada mentalmente para cuidar del recién nacido; si la mujer embarazada es seropositiva; o si el embarazo se ha producido a consecuencia de un fallo anticonceptivo.¹⁴¹ Entre las 12 y las 16 semanas, el aborto está permitido si dos médicos debidamente autorizados dictaminan que los supuestos arriba mencionados se aplican a la mujer embarazada.¹⁴² A partir de las 16 semanas, el aborto está permitido si tres médicos dictaminan que el embarazo pone en peligro la vida de la madre o supone un riesgo de lesión grave permanente a la salud física o mental de la mujer o del feto.¹⁴³

Dicha ley también establece que los abortos practicados a solicitud de la mujer durante las primeras ocho semanas de la gestación deben ser realizados o supervisados por médicos.¹⁴⁴ El

- Alrededor de la mitad de los 333 millones de casos nuevos de infecciones de transmisión sexual que se producen al año afecta a personas menores de 25 años.¹⁴⁸ Cada año, aproximadamente uno de cada 20 adolescentes contrae una ETS.¹⁴⁹
- De los 15,3 millones de nuevos casos de infecciones de transmisión sexual en los Estados Unidos durante 1996, alrededor de una cuarta parte se daba en adolescentes entre 15 y 19 años.¹⁵⁰ Entre un 30% y un 40% de las adolescentes sexualmente activas se infectaron de clamidia.¹⁵¹
- De los 30 millones de personas que tenían el VIH en 1998, al menos una tercera parte tenía entre 10 y 24 años.¹⁵² Cada año se dan alrededor de 2,6 millones de infecciones nuevas en este grupo de edad.¹⁵³ Esto supone 7.000 nuevas infecciones cada día o cinco infecciones nuevas cada minuto.¹⁵⁴
- Estudios recientes indican que la proporción del VIH/SIDA aumenta más rápidamente entre las mujeres jóvenes que entre los hombres jóvenes en los países con ingresos bajos.¹⁵⁵ En Uganda, por ejemplo, las infecciones de VIH entre las adolescentes entre 13 y 19 años son tres veces más frecuentes que entre los adolescentes varones.¹⁵⁶
- Un estudio clínico elaborado en Zimbabwe reveló que el 30% de jóvenes embarazadas entre 15 y 19 años eran seropositivas y sólo se enteraron cuando buscaron atención prenatal.¹⁵⁷

resto de las interrupciones de embarazos sólo puede ser realizado por un médico debidamente calificado y en una institución médica autorizada.¹⁴⁵

Todo médico que conscientemente objete la práctica del aborto puede negarse a hacerlo, a menos que sea necesario de manera urgente para salvar la vida de la mujer o para evitar una lesión permanente grave a su salud física o mental.¹⁴⁶ La mencionada ley también establece que el Ministerio de Salud debe promulgar las normas pertinentes para proporcionar servicios de asistencia antes y después del aborto y durante el periodo de 48 horas de espera obligatoria que debe transcurrir una vez solicitado el mismo, aunque en caso de emergencia este último requisito queda anulado.¹⁴⁷

VII. EL VIH/SIDA Y OTRAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS)

Antecedentes

El derecho de los/las adolescentes a la vida, la salud y la salud reproductiva queda en entredicho gravemente cuando los gobiernos no abordan de manera integral el problema del VIH/SIDA y de otras infecciones de transmisión sexual. Como se ha comentado anteriormente, la Convención sobre los Derechos del Niño protege el derecho de los/las adolescentes a la vida y a la salud.¹⁵⁸ Es más, de acuerdo con la mencionada Convención y otros instrumentos de derechos humanos aplicables, los derechos a la no discriminación, a un trato igual entre hombres y mujeres, a disfrutar de los beneficios de los avances científicos y todas sus aplicaciones, y a solicitar, recibir y dar información sanitaria de todo tipo, configuran un marco reconocido internacionalmente que exige que los gobiernos tomen las medidas necesarias para capacitar a los/las adolescentes para protegerse del contagio de infecciones de transmisión sexual y del VIH, y, si se es sero positivo, a recibir el tratamiento adecuado.¹⁵⁹

Las adolescentes son a menudo más vulnerables al VIH/SIDA y a las infecciones de transmisión sexual que sus contrapartes

ciplinario de Estudios sobre las Religiones (PIER), El Colegio Mexiquense, A.C. Zinacantepec, CP 51350, México, Teléfono: (+52) 722 279 99 08, ext. 215 y correo electrónico: libertadeslaicas@cmq.edu.mx

masculinos. Esta mayor vulnerabilidad es atribuible a factores que son ajenos a su control, como la violencia y la explotación sexual; una iniciación sexual temprana; la incapacidad de negociar una relación segura con sus compañeros, que a menudo son mayores que ellas; la presión social; la falta de una educación formal, incluida la educación sexual, y la falta de acceso a recursos anticonceptivos y a los servicios de salud reproductiva.

En las comunidades que carecen de servicios anticonceptivos en las instalaciones sanitarias o está restringido el acceso de los/las adolescentes a los condones masculinos y femeninos, es prácticamente imposible que los/las adolescentes se protejan de las infecciones de transmisión sexual del VIH y de los embarazos no deseados.¹⁶⁰ Se precisan medidas legales y políticas firmes para asegurar el acceso de los/las adolescentes a información y servicios de salud reproductiva integrales para garantizar que los/las adolescentes que ya padecen infecciones de transmisión sexual tengan acceso a los servicios y asesoramiento adecuados, y asegurar que los/las que están infectados con el VIH/SIDA estén protegidos de discriminaciones en la educación, el trabajo y los servicios sanitarios. Las elevadas proporciones de infección del VIH/SIDA, especialmente en África y concretamente entre las adolescentes, ponen de manifiesto la necesidad apremiante de medidas legislativas, políticas y de programación para abordar este tema.

Observaciones finales del Comité de los Derechos del Niño y la Niña

"El Comité sugiere que [Ghana] refuerce sus programas de información y prevención para combatir el VIH/SIDA y las enfermedades de transmisión sexual (ETS), así como las actitudes discriminatorias hacia los niños afectados o infectados con el VIH/SIDA."¹⁶¹

"Al Comité le preocupa la inexistencia de campañas a gran escala de prevención de embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual e infección por el VIH/SIDA [en Paraguay] ..., dirigidas en particular a niños y adolescentes."¹⁶²

"[El Comité] expresa su profunda preocupación por la propagación de esta epidemia [VIH/SIDA] [en Guinea] y sus efectos directos e indirectos sobre los niños. El Comité recomienda que se refuercen los programas relacionados con la incidencia y el tratamiento de los niños infectados y afectados por el VIH/SIDA. Se recomienda la cooperación internacional de UNICEF, la OMS y el Programa Conjunto de las NU sobre el VIH/SIDA (UNAIDS)."¹⁶³

Recomendaciones del CRR

Libertades Laicas. Programa Interdisciplinario de Estudios sobre las Religiones (PIER), El Colegio Mexiquense, A.C.
Ex Hacienda Santa Cruz de los Patos, Zinacantan, CP 51350, México, Teléfono: (+52) 722 279 99 08, ext. 215 y
216. Correo electrónico: libertadeslaicas@cmq.edu.mx

- Los gobiernos deben desarrollar políticas compasivas y de apoyo, no discriminatorias, relacionadas con el VIH/SIDA para la atención y protección de los individuos infectados.
- Las campañas de educación de los gobiernos para la prevención del SIDA deben ir dirigidas específicamente a los/las adolescentes, especialmente a las niñas adolescentes, y deben promover entre los adolescentes varones y los hombres en general las prácticas sexuales más seguras.

Prácticas recomendables

La rápida expansión del VIH/SIDA en Tanzania¹⁶⁴ impulsó a que el ministro de Sanidad del país promulgara en septiembre de 1995 su Plan Nacional del VIH/SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual (Plan Nacional del SIDA).¹⁶⁵ Su objetivo principal es movilizar y sensibilizar a la comunidad para que se involucre activamente en la prevención de la transmisión del VIH y haga frente a las consecuencias económicas y sociales del SIDA. Algunos de los objetivos específicos del Plan Nacional del SIDA incluyen: crear un marco institucional nacional para coordinar la movilización de recursos financieros, humanos y materiales para la prevención y el control del SIDA; aumentar la conciencia; fomentar prácticas sexuales más seguras, pruebas y asesoramiento; proporcionar a las personas infectadas un mayor apoyo; y salvaguardar su derecho a no ser objeto de discriminación alguna. Los derechos de las personas infectadas incluidos en el Plan son: el derecho al trabajo, a la vivienda, a la protección de la privacidad — incluyendo lo relativo al asesoramiento y tratamiento del SIDA — educación, seguros y uso del transporte público.¹⁶⁶

El plan destaca la importancia de instruir a las mujeres sobre sus derechos básicos a la salud y sexualidad y asegurar que los servicios sean accesibles a las mujeres a través de las clínicas de Salud Maternal e Infantil/ Planificación Familiar. También se fomentan y proporcionan los recursos de protección contra la transmisión del SIDA.¹⁶⁷ Es más, el plan subraya la importancia de la confidencialidad de las pruebas, así como la necesidad de un asesoramiento antes y después de la prueba, atención institucional, gestión de las ITS (incluido un tratamiento gratuito), servicios de apoyo basados en la comunidad, protección de los trabajadores de atención a la salud, y de una atención especial para la difícil situación de viudas y huérfanos afectados por el SIDA.¹⁶⁸ Por último, el plan favorece la persecución penal del contagio intencionado del VIH/SIDA y de otras infecciones de transmisión sexual.¹⁶⁹

A pesar de que es posible que la falta de recursos e infraestructura sanitaria supongan un obstáculo para el pleno cumplimiento del Plan Nacional del SIDA en Tanzania, su promulgación es un primer paso crucial para crear un marco de actuación para los esfuerzos gubernamentales de atención al VIH /SIDA y otras infecciones de transmisión sexual. Aunque el Plan Nacional del SIDA no trata explícitamente temas relacionados con los/las adolescentes, las directrices políticas

instituidas en 1994, como parte del programa de planificación familiar en Tanzania, prevén que se proporcione información, educación, asesoramiento y servicios a todas las personas en edad reproductiva, incluidos los/las adolescentes.¹⁷⁰

VIII. VIOLENCIA SEXUAL Y ADOLESCENTES

Antecedentes

- En conjunto, entre el 40% y el 47% de las víctimas de violación sexual son adolescentes y mujeres de 15 años y menores.¹⁷¹
- El cuarenta por ciento de las mujeres en los Estados Unidos que mantuvo relaciones sexuales antes de los 15 años, declara que fueron en contra de su voluntad.¹⁷² Además, un estudio realizado en 1992 estimaba que el 61% de las víctimas de agresiones sexuales eran menores de 18 años.¹⁷³
- Un estudio realizado en Perú concluyó que el 90% de las madres adolescentes entre 12 y 16 años eran víctimas de violación, a menudo por parte de un miembro de su familia.¹⁷⁴ De un modo parecido, se supo que en Costa Rica la mayoría de las madres adolescentes de alrededor de 15 años eran víctimas de incesto.¹⁷⁵
- Un estudio sobre Uganda señalaba que el 49% de las niñas que admitieron ser activas sexualmente afirmó que se les había forzado a practicar el sexo.¹⁷⁶ En Zimbabwe, un estudio mostró que alrededor de la mitad de los casos de violación involucraban a adolescentes y niñas menores de 15 años.¹⁷⁷
- Anualmente, dos millones de niñas de entre 5 y 15 años entran en el mercado del comercio del sexo en todo el mundo.¹⁷⁸

Una de las violaciones más patentes de los derechos sexuales y reproductivos de los/las adolescentes es la violencia sexual en todas sus manifestaciones. La comunidad internacional ha reconocido que los gobiernos tienen la obligación de adoptar medidas firmes para proteger a todas las mujeres y niñas de cualquier forma de violencia, incluida la violencia sexual, y de imponer penas para dicha violencia.¹⁷⁹ La Convención sobre los Derechos del Niño reconoce inequívocamente la violencia sexual contra adolescentes como una violación grave de los derechos humanos y exige a los gobiernos que tomen las medidas adecuadas para combatirla.¹⁸⁰

A pesar de que existen relativamente pocos estudios que traten de los abusos sexuales contra adolescentes, los que se han realizado indican que los/las adolescentes en todo el mundo tienen un alto riesgo de sufrir distintas formas de abusos sexuales, incluida la violación, agresión sexual, incesto, explotación comercial sexual y esclavitud sexual.¹⁸¹ Muchos adolescentes en todo el mundo declaran que su primera experiencia sexual fue forzada o por coacción de un compañero mayor.¹⁸² La mayoría de las víctimas de abusos sexuales son niñas adolescentes.¹⁸³

La falta de información y el bajo estatus social de la mujer en muchas sociedades contribuye a convertir a las adolescentes en uno de los grupos más vulnerables a los abusos sexuales. Debido a que la mayoría de los abusos son cometidos por conocidos, miembros de la familia y figuras de autoridad, es muy poco probable que las niñas y adolescentes denuncien tales abusos. Este miedo a denunciar se ve complicado por la falta de recursos adecuados de los/las proveedores de atención sanitaria y los

órganos de ejecución de la ley para atender tales abusos. El resultado han sido continuos abusos y una falta de responsabilidad ante estas violaciones de los derechos sexuales de los/las adolescentes. Sin la voluntad y el compromiso de los actores del gobierno, los agresores no tienen motivo alguno para temer que la violación de los derechos sexuales de los/las adolescentes pueda tener consecuencias.

Observaciones finales del Comité de los Derechos del Niño y la Niña

"El Comité ... recomienda que [Myanmar] adopte todas las medidas apropiadas para impedir y combatir los malos tratos a los niños, inclusive los abusos sexuales, así como la venta y la trata de niños, la prostitución infantil y la pornografía infantil."¹⁸⁴

"El Comité anima [a Bangladesh] a tomar todas las medidas necesarias para prevenir y combatir los abusos sexuales y la explotación sexual de los niños, y asegurar su recuperación física y psicológica, así como su reintegración social."¹⁸⁵

"Siguen existiendo motivos de grave preocupación en relación con las posibilidades del niño [cubano] de informar de malos tratos y otras violaciones de sus derechos en la familia, las escuelas o en otras instituciones y de conseguir que se tomen en serio sus quejas y se atiendan de manera eficaz."¹⁸⁶

"El Comité recomienda [a Austria] que considere la posibilidad de emprender un estudio a fondo sobre la edad para el consentimiento sexual y las relaciones sexuales, teniendo en cuenta la legislación actual, sus consecuencias y efectos para los niños ... para asegurar que la legislación permita dar la misma efectividad a los derechos de las niñas que a los de los niños, teniendo presente el interés superior del niño."¹⁸⁷

Recomendaciones del CRR

- Los gobiernos deben promulgar leyes y políticas para imponer penas más severas a los delincuentes sexuales violentos y procurar activamente la efectiva vigencia de las leyes existentes contra la violencia sexual y los abusos.
- Los gobiernos deben crear programas para sensibilizar a la comunidad, incluyendo a los/las proveedores de la atención sanitaria y a los funcionarios responsables de la aplicación de la ley, para proteger a las niñas y adolescentes frente a cualquier forma de violencia sexual, incluida la violación, el incesto y la trata.

Prácticas recomendables

En 1995, Ecuador aprobó una nueva ley integral (Ley contra la violencia familiar¹⁸⁸) para prevenir y penalizar la violencia¹⁸⁹ dentro de las familias, así como contra aquellas personas que conviven o han convivido en el pasado o con quienes se tiene o se ha tenido una relación sexual consentida.¹⁹⁰ Esta ley puede ser empleada para tratar el tema de la violencia sexual contra adolescentes por parte de miembros de su familia o maridos o novios actuales o anteriores. Es

importante apreciar que la Ley contra la violencia familiar no sustituye ni limita los deberes del personal responsable de ejecución de la ley, ni afecta a la jurisdicción del poder judicial para investigar, procesar y penalizar la violación de la leyes del Ecuador sobre la violación, el incesto, las agresiones y otras provisiones penales aplicables.

La Ley contra la violencia familiar permite a cualquier persona o institución denunciar una violación y exige a la policía, al Ministerio Público y a los/las profesionales de la salud que interpongan la denuncia correspondiente en un plazo máximo de 48 horas desde que se les pone en conocimiento de los hechos que constituyen tal violación.¹⁹¹ Exige que las autoridades a las que se remiten los casos ordenen medidas precautorias inmediatamente, como por ejemplo ordenar que el agresor abandone la casa, prohibiendo o restringiendo el acceso del agresor a la víctima; evitando que el agresor, ya sea por sí mismo o a través de otra persona, persiga o intimide a la víctima o cualquier miembro de la familia de la víctima; otorgando la custodia de la víctima, en el caso de que sea

menor o discapacitada, a la persona adecuada de acuerdo con las provisiones legales existentes y ordenando medidas para asegurar la asistencia a la víctima.¹⁹²

- Se estima que la circuncisión femenina/mutilación genital femenina afecta aproximadamente a 130 millones de mujeres, con unos dos millones adicionales de niñas y mujeres sometidas al proceso cada año.¹⁹⁴

□ La circuncisión femenina-mutilación genital femenina se practica en alrededor de 28 países africanos y entre algunos grupos minoritarios en Asia.¹⁹⁵ Además, hay muchas mujeres inmigradas a Europa, Canadá y los Estados Unidos que han padecido una mutilación genital.¹⁹⁶

- Su presencia en los países africanos varía ampliamente desde el 5% en el Zaire y Uganda hasta el 98% en Somalia.¹⁹⁷
- Se estima que el 15% de todas la mujeres circuncidadas han sido sometidas al tipo más peligroso de circuncisión femenina/mutilación genital femenina que es la infibulación. No obstante, aproximadamente entre un 80% y un 90% del total de circuncisiones en Djibouti, Somalia y el Sudán se realizan con este método.¹⁹⁸

Otras disposiciones de la ley tratan de la obligación por parte del Consejo Nacional de las Mujeres de formular políticas, acciones y programas. Este Consejo debe eliminar y prevenir cualquier forma de violencia en la familia; fijar lugares temporales de refugio para la víctimas y centros de re-educación para los agresores; organizar y realizar actividades educativas para los padres y hogares, y fomentar y coordinar programas de formación para los funcionarios del gobierno y el judicial implicados en este área.¹⁹³

IX. CIRCUNCISIÓN FEMENINA/ MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA (CF/MGF)

Antecedentes

La mutilación genital femenina, también conocida como circuncisión femenina, supone la extracción de órganos sexuales sanos sin una necesidad médica y normalmente se practica en niñas de entre 4 y 12 años de edad,¹⁹⁹ a menudo con unas consecuencias físicas y psicológicas peligrosas. Esta práctica viola una serie de disposiciones de la Convención de los Derechos del Niño. De hecho, esta Convención fue el primer tratado internacional de derechos humanos que incluía una disposición

ciplinario de Estudios sobre las Religiones (PIER), El Colegio Mexiquense, A.C. Zinacantepec, CP 51350, México, Teléfono: (+52) 722 279 99 08, ext. 215 y correo electrónico: libertadeslaicas@cmq.edu.mx

que exige explícitamente a los gobiernos tomar medidas para eliminar las prácticas tradicionales peligrosas, como la circuncisión femenina/mutilación genital femenina. El artículo 24, que incluye el derecho de los niños al nivel más alto posible de salud, establece explícitamente que los Estados Partes "adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños."²⁰⁰

A pesar de las presiones sociales a las que se enfrentan las niñas y sus padres para que aquellas sean sometidas a la circuncisión femenina/mutilación genital femenina, los gobiernos tienen la obligación de fomentar el "interés superior" ²⁰¹ del niño de acuerdo con el artículo 3, que es claramente violado con la peligrosa práctica tradicional de la mutilación genital femenina. El artículo 19 exige que los Estados Partes adopten "todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental ... " Aunque la mutilación genital femenina no se practica con la intención de dañar a las mujeres y niñas, los peligrosos efectos físicos, sexuales y psicológicos que provoca la convierten en un acto de violencia.²⁰² La circuncisión femenina/mutilación genital femenina se ha practicado durante siglos y se ha convertido en una parte integral de las culturas y sociedades en las que está presente.

La circuncisión femenina/mutilación genital femenina es el nombre colectivo que se aplica a cuatro tipos de prácticas tradicionales que suponen la excisión parcial o total de los genitales femeninos. A pesar de las diversas justificaciones que se dan para conservar la práctica, parece que está relacionada principalmente con el deseo de asegurar la castidad y el honor de las mujeres y niñas. En muchas culturas se trata de un ritual que marca la transición a la edad adulta y se considera necesaria para la socialización de las niñas, reprimiendo su sexualidad y asegurando su preparación para el matrimonio.²⁰³ La mutilación genital femenina no tiene ningún vínculo definido con un dogma religioso, a pesar de los intentos de algunos por justificar su práctica con estos fundamentos.²⁰⁴

En circunstancias tradicionales, la mutilación genital femenina suele ser practicada por mujeres mayores de la comunidad, a menudo en condiciones sépticas.²⁰⁵ Las complicaciones a corto plazo incluyen fuertes dolores y el riesgo de hemorragias que pueden conducir a sufrir un estado de shock e incluso pueden producir la muerte. Además, existe un elevado riesgo de infecciones locales y sistémicas, con posibilidad de abscesos, úlceras, retrasos en la curación, septicemia, tétano y gangrena.²⁰⁶ Las complicaciones más comunes a largo plazo con la excisión y la infibulación incluyen la retención de orina, dando lugar a repetidas infecciones urinarias; obstrucción del flujo menstrual, dando lugar a infecciones frecuentes del aparato reproductor, a la esterilidad y a partos prolongados y obstruidos.²⁰⁷ La transmisión del VIH y otras infecciones de

transmisión sexual puede darse en el transcurso de la operación si se utiliza el mismo instrumento para distintas niñas o en posteriores relaciones sexuales si se desgarran la cicatriz.²⁰⁸ Además de las complicaciones físicas, también genera efectos psicológicos y sexuales.²⁰⁹

Observaciones finales del Comité de los Derechos del Niño y la Niña

"El Comité está preocupado por la persistencia de comportamientos tradicionales y prácticas perjudiciales [en Ghana], como la mutilación genital femenina, matrimonios a edad temprana, embarazos en adolescentes y la trokosi (esclavización ritual de las niñas) [y] recomienda que se revise toda la legislación para asegurar su plena compatibilidad con los derechos de las niñas ..."²¹⁰

"El Comité sigue preocupado ante la persistencia de ciertas actitudes y prácticas nocivas [en Etiopía], como la mutilación genital femenina, matrimonios precoces y los embarazos de adolescentes, y de actitudes sociales discriminatorias contra grupos vulnerables de menores, como las niñas."²¹¹

"Aun celebrando las medidas innovadoras [en Guinea] tanto jurídicas como educativas destinadas a erradicar la práctica de la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales perjudiciales para la salud de las niñas, el Comité expresa su preocupación por el efecto limitado de esas medidas. El Comité recomienda al Estado Parte que refuerce las medidas para combatir y erradicar la persistente práctica de la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales perjudiciales para la salud de las niñas."²¹²

Recomendaciones del CRR

- Los gobiernos deben adoptar enfoques integrales para la eliminación de la mutilación genital femenina e involucrar a los líderes políticos nacionales y locales, grupos de mujeres, profesionales médicos, profesionales jurídicos y personal de ejecución de la ley y universidades en el acopio y difusión de la información relativa a los efectos peligrosos de la circuncisión femenina/mutilación genital femenina.
- Los legisladores deben estudiar sanciones penales para quienes realizan dicha práctica, sean o no médicos.

Prácticas recomendables

Aproximadamente el 80% de las niñas y mujeres de Egipto están circuncidadas.²¹³ En 1994, el entonces ministro de Sanidad, Ali Abdel Fattah, publicó un decreto prohibiendo la mutilación genital femenina fuera de los hospitales públicos y exigía a los médicos que trataran de disuadir a los

padres de someter a sus hijas a la mutilación genital. Si los padres insistían, el proceso debía ser practicado por médicos dentro del hospital.²¹⁴

En 1995, Abdel Fattah publicó un decreto que reformaba la política de 1994 sobre la mutilación genital femenina. Basándose en que los padres egipcios habían sido convencidos de evitar la práctica de la mutilación genital femenina, el decreto de 1995 prohibía a los médicos llevar a cabo dicha práctica en los hospitales públicos.²¹⁵ Sin embargo, este decreto no impedía que los médicos llevaran a cabo la CF/MGF en sus clínicas privadas. En 1996 el nuevo ministro de Sanidad, Ismael Sallam, amplió esta iniciativa política con un decreto que prohibía la mutilación en hospitales públicos y clínicas privadas, así como que fuese practicada por personal no médico.²¹⁶

Poco después de que se hiciera público el decreto de 1996, los defensores de la mutilación genital femenina y los profesionales médicos afectados interpusieron un recurso ante los tribunales de justicia alegando que la prohibición provocaría un aumento de las operaciones clandestinas.²¹⁷ El tribunal declaró inconstitucional el decreto del ministro por violar las funciones parlamentarias e interferir con el derecho de los médicos a la práctica de la cirugía.²¹⁸ No obstante, en diciembre de 1997, el tribunal supremo revocó el fallo del tribunal y, en respuesta a los defensores de la mutilación genital femenina que afirmaban que el Islam exige esta práctica, declaró que el Islam no autoriza dicha práctica. El tribunal también declaró que ésta era punible de acuerdo con el Código penal.²¹⁹

Otros esfuerzos realizados por el gobierno egipcio por eliminar la mutilación genital femenina han sido la instrucción de las matronas tradicionales, doctores y enfermeras sobre los peligros que entraña la mutilación genital femenina y la difusión de mensajes en los medios de comunicación que disuadan de la mutilación genital femenina.²²⁰

Conclusión

Tal y como destaca este trabajo, todavía quedan muchos retos que vencer para fomentar, proteger y asegurar los derechos reproductivos de los/las adolescentes. Entre las adolescentes la elevada proporción de embarazos tempranos, la violencia sexual, los abortos realizados en malas condiciones, la mortalidad y morbilidad materna, el VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual, la práctica continuada de matrimonios a edad temprana, la circuncisión femenina/mutilación genital femenina y las bajas tasas de inscripción de niñas en las escuelas, confirman la existencia de una brecha sustancial entre las protecciones establecidas en la Convención de los Derechos del Niño y la realidad de las vidas de las niñas adolescentes. Como se puede ver en sus Observaciones finales, el Comité de los Derechos del Niño ha planteado frecuentemente temas relacionados con los derechos reproductivos de los/las adolescentes a los

Estados Partes. El Programa de Acción de 1994 y la Declaración y la Plataforma de Acción de 1995 también se centraban en la necesidad de atender los asuntos relacionados con los derechos reproductivos de los/las adolescentes. Sin embargo, la falta de voluntad política por parte de muchos gobiernos sigue socavando la aplicación de sus obligaciones con respecto a los derechos reproductivos de los/las adolescentes, de acuerdo con lo estipulado en la Convención sobre los Derechos del Niño. Al comenzar la segunda década de trabajo del Comité de los Derechos del Niño, éste debe continuar reforzando las obligaciones de los gobiernos y debe buscar estrategias creativas para la aplicación de tales derechos en colaboración con los organismos de las Naciones Unidas y organizaciones no gubernamentales que trabajan en defensa de los derechos reproductivos de los/las adolescentes.

NOTAS

1 Convención sobre los Derechos del Niño, art. 1, abierta a la firma 20 nov., 1989, G.A. Res.44/25, U.N.G.A.O.R., 44th Sess., Supp. No. 49, Doc. ONU A/44/49, reimpresso en 28 I.L.M. 1448 (entrada en vigor 2 Sept., 1990). La disposición establece que "Para los efectos de la presente Convención, se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad."

2 Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, Egipto, 5-13 de septiembre de 1994, en Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, par. 7.3, Doc. ONU A/CONF.171/13/Rev.1, U.N. Sales No. 95.XIII.18 (1995) [en adelante Programa de Acción CIPD]; véase también la Declaración de Beijing y la Plataforma de Acción, Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, China, 4-15 de septiembre de 1995, par. 95, U.N. Doc. DPI/1766/Wom(1996) [en adelante Declaración de Beijing y Plataforma de Acción].

3 FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, TECHNICAL AND POLICY DIVISION DRAFT REPORT, THE SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH OF ADOLESCENTS 2 (Abril 1998) [en adelante SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH OF ADOLESCENTS].

4 Id. en 4, cit. UNITED NATIONS, THE SEX AND AGE DISTRIBUTION OF THE WORLD POPULATION (1996).

5 Id.

6 Id.

7 Programa de Acción CIPD, Principio 8; véase también la Declaración de Beijing y la Plataforma de Acción, par. 89.

8 Programa de Acción CIPD, par. 7.3.

9 Proclamación de Teherán, [aprobada por la Conferencia Internacional de Derechos Humanos, Teherán, Irán 22 abril.-13 mayo de 1968], Res. IX, Doc. ONU A/CONF.32/41 (1968) [en adelante Proclamación de Teherán].

10 Convención sobre los Derechos del Niño, art. 24.

11 Id., art. 24(f).

12 Id., art. 5.

13 Id., arts. 3(1) y (2), 14(2), 18(1).

14 Id., arts. 19 y 34.

Libertades Laicas. Programa Interdisciplinario de Estudios sobre las Religiones (PIER), El Colegio Mexiquense, A.C. Ex Hacienda Santa Cruz de los Patos, Zinacantan, CP 51350, México, Teléfono: (+52) 722 279 99 08, ext. 215 y 216. Correo electrónico: libertadeslaicas@cmq.edu.mx

15 THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, INTO A NEWWORLD 40 (1998) [en adelante INTO A NEWWORLD].

16 *Id.*

17 *Id.*

18 *Id.*

19 *Id.*

20 *Id.*

21 *Id.*, en 19.

22 FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, ESTADO DE LA POBLACIÓN MUNDIAL 1997 37 (1997) [en adelante ESTADO DE LA POBLACIÓN MUNDIAL 1997].

23 *Convención sobre los Derechos del Niño*, art. 24(1)(f).

24 *Id.*, art. 16.

25 *Id.*, art. 12(1)

26 El derecho humano a determinar el momento, espaciamiento y número de hijos fue reconocido por primera vez en la Conferencia Internacional de Derechos Humanos de las Naciones Unidas celebrada en Teherán en 1968. Véase también *Programa de Acción CIPD*, par. 7.3 y *la Declaración de Beijing y la Plataforma de Acción*, par. 89.

27 UNICEF, IMPLEMENTATION HANDBOOK FOR THE CONVENTION ON THE RIGHTS OF THE CHILD 611, et. seq. (1998) [en adelante IMPLEMENTATION HANDBOOK].

28 INTO A NEWWORLD, *supra* nota 15, en 40.

29 World Health Day, 7 de abril de 1998, Delay Childbearing, (visitado el 30 de abril de 1998) [Día Mundial de la Salud, Retraso de la maternidad].

30 Observaciones finales del 15º periodo de sesiones del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas: Paraguay, par. 23, 45. 18 de junio de 1997. Doc. ONU CRC/C/15/Add.75, (visitada el 13 de agosto de 1999).

31 Observaciones finales del 18º periodo de sesiones del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas: Hungría, par. 21, 36, 5 de Junio de 1998, Doc. ONU CRC/C/15/Add.87, (visitada el 16 de agosto de 1999).

32 Observaciones finales del 20º periodo de sesiones del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas: Austria, par. 15, 7 de mayo de 1999, Doc. ONU CRC/C/15/Add.98, , (visitada el 16 de agosto de 1999).

33 GHANA NATIONAL POPULATION COUNCIL, ADOLESCENT REPRODUCTIVE HEALTH POLICY (1996), cit. THE CENTER FOR REPRODUCTIVE LAW AND POLICY AND INTERNATIONAL FEDERATION OF WOMEN LAWYERS (GHANA CHAPTER), WOMEN OF THE WORLD: LAWS AND POLICIES AFFECTING THEIR REPRODUCTIVE LIVES— ANGLOPHONE AFRICA 46 (1997).

34 INTO A NEWWORLD, *supra* nota 15, en 12.

35 *Id.*

36 *Id.*

37 *Id.*

38 *Convención sobre los Derechos del Niño*, art. 28(1)(a).

39 *Id.*, art. 28(1)(b).

40 *Id.*, art. 29(d).

41 *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, art. 26, G.A. Res. 217 A (III), Doc. ONU A/810 (1948) [en adelante UDHR]; *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, art. 13, aprobado el 16 Dic. 1966, 993 U.N.T.S. 3, (entrada en vigor 3 enero, 1976) [en adelante *Pacto de Derechos económicos*].

42 ESTADO DE LA POBLACIÓN MUNDIAL 1997, *supra* nota 22, en 51.

43 *Id.*

44 ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, ISSUES IN BRIEF: RISKS AND REALITIES OF EARLY CHILDBEARING WORLDWIDE, (visitado el 10 de junio, 1998); MARCELA VILLAREAL, FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA AGRICULTURA Y LA ALIMENTACIÓN (FAO), ADOLESCENT FERTILITY: SOCIO-CULTURAL ISSUES AND PROGRAMME IMPLICATIONS, en 17 (1998).

45 INTO A NEW WORLD, *supra* nota 15, en 14.

46 *Id.*, en 42.

47 Observaciones finales del 14º periodo de sesiones del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas: Bulgaria, par. 29, 24 de enero de 1997, Doc. ONU CRC/C/15/Add.66, (visitada el 13 de agosto de 1999).

48 Observaciones finales del 14º periodo de sesiones del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas: Etiopía, par. 17, 24 de enero de 1997, Doc. ONU CRC/C/15/Add.67, (visitada el 13 de agosto de 1999).

49 Observaciones finales de 19º periodo de sesiones del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas: Irak, par. 25, 26 de octubre de 1998, Doc. ONU CRC/C/15/Add.94, (visitada el 16 de agosto de 1999).

50 Consideration of Reports Submitted by States Parties Under Article 18 of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women, Third and fourth periodic reports of States parties – Bangladesh, CEDAW/C/BGD/3-4- 1 abril de 1997, gopher://gopher.un.org/00/ga/cedaw/17/country/Bangladesh/C-BGD3-4.EN%09%09%2B (visitado el 17 de noviembre de 1998).

51 INTO A NEW WORLD, *supra* nota 15, en 15.

52 *Id.*

53 *Id.*

54 *Id.*

55 ESTADO DE LA POBLACIÓN MUNDIAL 1997, *supra* nota 22, en 39.

56 *Id.*, en 17.

57 *Id.*

58 *Id.*

59 *Convención sobre los Derechos del Niño*, art. 28 & 29.

60 *Id.*, art. 29(1).

61 *Id.*, art. 24.

62 *Id.*, art. 6.

63 El artículo 16 (2) de la Declaración Universal de los Derechos Humanos establece que "sólo mediante libre y pleno consentimiento de los futuros esposos podrá contraerse el matrimonio."

64 *Convención sobre los Derechos del Niño*, art. 24(3).

65 IMPLEMENTATION HANDBOOK, *supra* note 27, en 334-336.

66 *Convención sobre los Derechos del Niño*, art. 24(1).

67 *Id.*, arts. 9(1) y 34.

68 ESTADO DE LA POBLACIÓN MUNDIAL 1997, *supra* nota 22, en 40.

69 *Id.*, en 38.

70 *Id.*, en 39.

71 En la India, por ejemplo, el gobierno promulgó la Ley de restricción del matrimonio infantil, en la que se prohibía que las chicas menores de 18 años contrajesen matrimonio. Ley de Restricción del Matrimonio Infantil, Ley no. 19 de 1929.

72 Véase WOMEN OF THEWORLD: LAWS AND POLICIES AFFECTING THEIR REPRODUCTIVE LIVES – ANGLOPHONE AFRICA, *supra* nota 33, en 172; THE CENTER FOR REPRODUCTIVE LAW AND POLICY AND DEMUS, ESTUDIO PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LA MUJER, WOMEN OF THEWORLD: LAWS AND POLICIES AFFECTING THEIR REPRODUCTIVE LIVES – LATIN AMERICA & THE CARIBBEAN 205-06 (1997); ESTADO DE LA POBLACIÓN MUNDIAL 1997, *supra* nota 22, en 40.

73 WOMEN OF THEWORLD: LAWS AND POLICIES AFFECTING THEIR REPRODUCTIVE LIVES – ANGLOPHONE AFRICA, *supra* nota 33, en 172.

74 Observaciones finales del 15o periodo de sesiones del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas: Algeria, par. 20, 18 de junio de 1997, Doc. ONU CRC/C/15/Add.76, (visitada el 13 de agosto 13 de 1999).

75 Observaciones finales del 14o periodo de sesiones del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas: Panamá, par. 10, 24 de enero de 1997, Doc. ONU CRC/C/15/Add.68, (visitada el 13 de agosto de 1999).

76 Observaciones finales del 19o periodo de sesiones del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas: Kuwait, par. 28, 26 de octubre de 1998, Doc. ONU CRC/C/15/Add.96, (visitada el 16 de agosto de 1999).

77 Burkina Faso, Ley no. 43/96/ADP, art. 376.

78 Burkina Faso, Código penal, Prefacio (1997).

79 Ley no. 43/96/ADP, *supra* nota 77, art. 376.

80 *Id.* El menor es definido como una persona menor de 20 años. Hay tres instancias en las que un menor puede emanciparse legalmente: por vía del matrimonio, a la edad de 16 años si es independiente económicamente y a solicitud de uno de los padres o de un tutor asignado judicialmente, o a la edad de 18 años a solicitud de un consejo familiar nombrado por la justicia. Sin embargo, en los últimos dos casos, la emancipación no se aplica para el matrimonio. Burkina Faso, Código de las personas y la familia, arts. 554, 622-24, 626.

81 Ley no. 43/96/ADP, *supra* nota 77, art. 376.

82 Código de las personas y la familia, *supra* nota 80, art. 238.

83 *Id.*

84 FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, UNFPA and Adolescents, (visitado el 30 de abril de 1998).

85 INTO A NEWWORLD, *supra* nota 15, en 5.

86 World Health Day, 7 de abril de 1998, Delay Childbearing, [Día Mundial de la Salud, Retraso de la Maternidad] , (visitado el 30 de abril de 1998).

87 THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, FACTS IN BRIEF:TEEN SEX AND PREGNANCY, (visitado el 23 de diciembre de 1998).

88 *Id.*

89 FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (UNFPA) ADOLESCENT REPRODUCTIVE HEALTH IN SUB-SAHARAN AFRICA, [Salud reproductiva en el África Subsahariana] [en adelante Adolescent Reproductive Health in Sub-Saharan Africa], <http://www.cedpa.org/addfact.html> (visitado el 23 de junio de 1998).

90 INTO A NEWWORLD, *supra* nota 15, en 24.

91 A pesar de que está relacionado con otros derechos humanos previamente reconocidos, el derecho humano a determinar el momento, espaciamiento y número de hijos fue articulado por primera vez en la Conferencia Internacional sobre Derechos Humanos de las Naciones Unidas en Teherán. La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer exige que los gobiernos garanticen el derecho a "decidir libre y responsablemente sobre el número y espaciamiento de ... los hijos y el acceso a la información, educación y medios necesarios para ejercer estos derechos." *Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*, art. 16.1, abierta a la firma el 1 de marzo de 1980, 1249 U.N.T.S. 13 (entrada en vigor el 3 de septiembre de 1981) [en adelante Convención de la Mujer].

92 *Convención sobre los Derechos del Niño*, art. 24(2)(f).

93 *Id.*, arts. 12 y 16.

94 Véase artículo 24(1) de la *Convención sobre los Derechos del Niño*, que protege el derecho del niño a la salud.

95 *Convención sobre los Derechos del Niño*, art. 24(3).

96 *Id.*, art. 19(1) y 34.

97 World Health Day, 7 de abril de 1998, Delay Childbearing, (visitado el 30 de abril de 1998).

98 ADOLESCENT REPRODUCTIVE HEALTH IN SUB-SAHARAN AFRICA, *supra* nota 89.

99 INTO A NEWWORLD, *supra* nota 15, en 26.

100 *Id.*

101 *Id.*, en 28.

102 *Id.*

103 *Id.*, en 31.

104 Observaciones finales del 13º periodo de sesiones del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas: Uruguay, par. 12 y 22, 11 de octubre de 1996, Doc. ONU CRC/C/15/Add.62, (visitada el 20 de agosto de 1999).

105 Observaciones finales del 15º periodo de sesiones del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas: Cuba, par. 21, 18 de junio de 1997, Doc. ONU CRC/C/15/Add.72, (visitado el 13 de agosto de 1999).

106 Estados Unidos, Ley de servicios de salud pública, 42 U.S.C. §§ 300 et seq., Pub. L. No. 91-572, § 2, 84 Stat. 1506 (1970).

107 *Id.*, en § 2(1).

108 Los servicios de planificación familiar contemplados en el Título X no incluyen la atención durante la gestación, como pueden ser los servicios de obstetricia o prenatales, ni los servicios de aborto. Estados Unidos, 42 C.F.R. § 59.2 (1982).

- 109 Estados Unidos, 42 C.F.R. § 59.15 (1982); Estados Unidos, 42 C.F.R. § 59.5 (1982).
- 110 Estados Unidos, H.R. Rep. No. 1191, 95th Cong., 2d. Sess. 31 (1978).
- 111 Estados Unidos 42 U.S.C. § 300(a).
- 112 Cong. Rec., H.R. 7348 (ed. diaria, 11 de julio de 1996) (declaración del Rep. Istook); Cong. Rec., H.R. 7052 (ed. diaria, 9 de septiembre de 1997) (declaración del Rep. Istook); Cong. Rec., H.R. 10142 (ed. diaria, 8 de octubre de 1998) (declaración del Rep. Istook).
- 113 Cong. Rec., H.R. 7366 (ed. diaria, 11 de julio de 1996) (Roll No. 310); Cong. Rec., H.R. 7080 (ed. diaria, 9 de septiembre de 1997) (Roll No. 379).
- 114 SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH OF ADOLESCENTS, *supra* nota 3, en 5.
- 115 Judith Senderowitz, World Bank Discussion Papers, *Adolescent Health: Reassessing the Passage to Adulthood* 16 (1995) [en adelante *Reassessing the Passage to Adulthood*].
- 116 THE CENTER FOR POPULATION OPTIONS, INTERNATIONAL CENTER ON ADOLESCENT FERTILITY, ADOLESCENTS AND UNSAFE ABORTION IN DEVELOPING COUNTRIES: A PREVENTABLE TRAGEDY 3 (1992).
- 117 A. Radhakrishna, R. Gringle and F. Greenslade, *Adolescent Women Face Triple Jeopardy: Unwanted Pregnancy, HIV/AIDS and Unsafe Abortion*, 2/97 WOMEN'S HEALTH J. 58 (Latin American and Caribbean Women's Health Network, 1997).
- 118 *Id.*
- 119 Safe Motherhood Factsheet: Address Unsafe Abortion, at 2 (1998), cit. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), THE HEALTH OF YOUNG PEOPLE: A CHALLENGE AND A PROMISE (1993).
- 120 *Id.*
- 121 INTO A NEW WORLD, *supra* nota 15, en 35, tbl. 6b.
- 122 *Convención sobre los Derechos del Niño*, arts. 6 & 24.
- 123 *Id.*, art. 2(1).
- 124 *Id.*, art. 12.
- 125 *Id.*, art. 16.
- 126 La Organización Mundial de la Salud define el aborto en malas condiciones como el procedimiento seguido para la interrupción del embarazo realizado por personas que carecen de los conocimientos apropiados o en un entorno carente de los requisitos médicos mínimos o ambos. Véase ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), THE PREVENTION AND MANAGEMENT OF UNSAFE ABORTION, REPORT OF A TECHNICAL WORKING GROUP, WHO/MSM/92.5 (1992).
- 127 Anika Rahman, Laura Katzive y Stanley K. Henshaw, *A Global Review of Laws on Induced Abortion, 1985-1997*, 24 INT'L. FAM. PLAN. PERSP. 56,64 (1998). [en adelante *A Global Review of Laws on Induced Abortion, 1985-1997*].
- 128 Véase A. Radhakrishna, R. Gringle and F. Greenslade, *Adolescent Women Face Triple Jeopardy: Unwanted Pregnancy, HIV/AIDS and Unsafe Abortion*, 2/97 WOMEN'S HEALTH J. 58 (Latin American and Caribbean Women's Health Network, 1997); Safe Motherhood Factsheet: Address Unsafe Abortion, at 2 (1998), citing WORLD HEALTH ORGANIZATION, THE HEALTH OF YOUNG PEOPLE: A CHALLENGE AND A PROMISE (1993).
- 129 Safe Motherhood Factsheet: Address Unsafe Abortion, at 1-2 (1998), cit. *Care for Postabortion Complications: Saving Women's Lives*, 24(2) POP. REPORTS (Sept. 1997).

130 Todos los países latinoamericanos con una población superior al millón de habitantes tienen leyes restrictivas, lo que significa que el aborto está permitido únicamente en el caso en que sea necesario para salvar la vida de la mujer o en situaciones como la violación. En los países del África Subsahariana con una población superior al millón de habitantes, 23 países tienen leyes restrictivas y sólo cuatro han liberalizado su legislación desde 1985. En los países de Oriente Medio con una población superior al millón de habitantes, ocho países tienen leyes restrictivas y sólo uno de ellos ha liberalizado su legislación. A *Global Review of Laws on Induced Abortion, 1985-1997*, *supra* nota 127, en 60-61.

131 *Id.*, en 58, *tbl.* 1.

132 *Observaciones finales del 9º periodo de sesiones del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas: Nicaragua*, par. 19, 20 de junio de 1995, Doc. ONU CRC/C/15/Add.36, (visitado el 20 de agosto de 1999).

133 *Observaciones finales del 20º periodo de sesiones del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas: Belice*, par. 25, 10 de mayo de 1999. Doc ONU CRC/C/15/Add.99, (visitada el 17 de agosto de 1999).

134 *Observaciones finales del 20º periodo de sesiones del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas: Guinea*, par. 27, 10 de mayo de 1999, Doc. ONU CRC/C/15/Add.100, (visitada el 17 de agosto de 1999).

135 Yvette M. Delph, *A Review: NGO'S Involved in the Implementation of the Cairo Agreements on Abortion and the Partnerships They Have Formed*, at 3 (trabajara la Conferencia HERA, nov. de 1998, México).

136 Guyana, Ley no. 7 de 1995, 14 de junio de 1995, traducido en 46 INT'L. DIG. OF POP. LAW 479 (1995) [en adelante Ley No. 7 de Guyana].

137 Seis meses después de que se aprobara la nueva ley, el hospital público más importante experimentó una reducción del 46% de los ingresos por abortos sépticos e incompletos y, en 1996, hubo una disminución del 35% del volumen de sangre requerido, con respecto al año anterior para el tratamiento de complicaciones derivadas de abortos. Yvette M. Delph, *supra* nota 135, en 3.

138 La interrupción del embarazo aparece definida en el artículo 1 de la Ley para la Interrupción Médica del Embarazo (MTPA) como " la terminación de la gestación humana con una intención distinta a la de producir un nacimiento con vida," Ley no. 7 de Guyana.

139 Para los propósitos de la Ley para la Interrupción Médica del Embarazo (MTPA), el tiempo de gestación se determina "calculando desde el primer día de la última menstruación normal de la mujer embarazada hasta el último día de la semana pertinente." *Id.*

140 Ley no. 7 de Guyana, § 5(1).

141 *Id.*, en §§ (1)(c), 6 (1) y (2).

142 *Id.*, en § 6(1).

143 *Id.*, en § 7.

144 *Id.*, en § 5 (1).

145 *Id.*, en §§ 6 (1) y 6 (1)(a).

146 *Id.*, en § 11.

147 *Id.*

148 UNAIDS, 1998 WORLD AIDS CAMPAIGN BRIEFING PAPER, en 3 (1998).

149 UNFPA and Adolescents, *supra* nota 84.

150 THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, HENRY J. KAISER FAMILY FOUNDATION AND NATIONAL PRESS FOUNDATION, *EMERGING ISSUES IN REPRODUCTIVE HEALTH FACT SHEET: SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES IN THE U.S.* (1998).

151 *Id.*

152 *Id.*

153 *Id.*

154 UNAIDS AND WORLD HEALTH ORGANIZATION, *AIDS EPIDEMIC UPDATE: DECEMBER 1998.*

155 *REASSESSING THE PASSAGE TO ADULTHOOD*, *supra* nota 115, en 15.

156 1998 WORLD AIDS CAMPAIGN BRIEFING PAPER, *supra* nota 148, en 3.

157 *Id.*, en 4.

158 Convención de los Derechos del Niño, arts. 9 & 24.

159 Véase Convención de los Derechos del Niño, arts. 2, 13, 24, 28 y 29; Pacto de Derechos Económicos, *supra* nota 41, arts. 2 y 15; Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, arts. 2 y 3, adoptado 16 Dic., 1966, 999 U.N.T.S.171 (entrada en vigor 3 Ene., 1976) [en adelante Pacto de Derechos Políticos]; Convención de la Mujer, *supra* nota 91, art. 2.

160 D.A. Verkuyl, *Practicing Obstetrics and Gynecology in Areas with High Prevalence of HIV Infection*, 346 LANCET, 293-6 (1995).

161 Observaciones finales del 15o periodo de sesiones del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas: Ghana, par. 41, 18 de Junio de 1997, Doc ONU CRC/C/15/Add.73, (visitada el 13 de Agosto de 1999).

162 Observaciones finales del 15º Periodo de Sesiones del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas: Paraguay, par. 23, 18 de Junio de 1997, Doc ONU CRC/C/15/Add.75, (visitada el 13 de Agosto de 1999).

163 Observaciones finales del 20º Periodo de Sesiones del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas: Guinea, par. 25, 10 de Mayo de 1999, Doc ONU CRC/C/15/Add.100, (visitada el 17 de Agosto de 1999).

164 En diciembre de 1994, el número total de casos de SIDA estimados en Tanzania era de aproximadamente 250.000 y la proporción de la incidencia de VIH total estimada en 1995 rondaba entre 1 millón y 1,5 millones. Véase The United Republic of Tanzania Ministry of Health, *National AIDS Control Programme Tanzania Mainland: National Policy on HIV/AIDS/STDs*, en 1 (1995) [en adelante Política SIDA] citado en *WOMEN OF THE WORLD: LAWS AND POLICIES AFFECTING THEIR REPRODUCTIVE LIVES – ANGLOPHONE AFRICA*, *supra* nota 33, en 121.

165 *Id.*, en 3-21.

166 *Id.*, en 9.

167 *Id.*, en 21.

168 *Id.*, en 7 y 10-13.

169 *Id.*, en 8.

170 NATIONAL POLICY GUIDELINES AND STANDARDS FOR FAMILY PLANNING SERVICES DELIVERY AND TRAINING (Ministro de Sanidad [Tanz.], 1994), en 2.

171 *ADVOCACY FOR YOUTH, SEXUAL ABUSE AND VIOLENCE IN SUB-SAHARAN AFRICA* (1998).

172 *INTO A NEW WORLD*, *supra* nota 15, en 38.

173 ESTADO DE LA POBLACIÓN MUNDIAL 1997, *supra* nota 22, en 45.

174 *Id.*

175 *Id.*

176 ADVOCACY FOR YOUTH, SEXUAL ABUSE AND VIOLENCE IN SUB-SAHARAN AFRICA (1998).

177 *Id.*

178 ESTADO DE LA POBLACIÓN MUNDIAL, *nota supra* 22, en 46.

179 Véase por ej., la Declaración de las NU sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, adoptada por la Asamblea General de las NU en su 85ª reunión plenaria el 20 de Diciembre de 1993, Doc. NU A/RES/48/104; Vienna Declaration and Programme of Action, World Conference on Human Rights, Vienna, Austria, 14-25 agosto de 1993, Ch. II, par. 38, Doc. NU A/CONF.157/23 (1993); Declaración de Beijing y Plataforma de Acción, Cap. 4(D).

180 Convención de los Derechos del Niño, arts. 19.1 y 34.

181 INTO A NEW WORLD, *supra* nota 15, en 38.

182 ESTADO DE LA POBLACIÓN MUNDIAL, *supra* nota 22, en 37.

183 *Id.*, en 45.

184 Observaciones finales del 14º periodo de sesiones del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas: Myanmar, par. 44, 24 de Enero de 1997, Doc ONU CRC/C/15/Add.69, (visitado el 13 de Agosto de 1999).

185 Observaciones finales del 15º periodo de sesiones del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas: Bangladesh, par. 47, 18 de Junio de 1997, Doc ONU CRC/C/15/Add.74, (visitada el 13 de agosto de 1999).

186 Observaciones finales del 15º periodo de sesiones del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas: Cuba, par. 19, 18 de Junio de 1997, Doc ONU CRC/C/15/Add.72, (visitado el 13 de agosto de 1999).

187 Observaciones finales del 20º periodo de sesiones del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas: Austria, par. 16,7 de Mayo de 1999, Doc ONU CRC/C/15/Add.98, (visitado el 16 de agosto de 1999).

188 Ecuador, Ley contra la violencia contra las esposas y la familia, del 25 de noviembre de 1995, Registro Oficial, Órgano del Gobierno del Ecuador, 1995/Dec/11, Vol. 4, Nº 839, en Annual Review of Population Law, <http://cyber.law.harvard.edu/population/cgi-bin/dbtcgi.exe> (visitado el 13 de noviembre de 1998).

189 La violencia se define como cualquier acción u omisión consistente en malos tratos físicos, psicológicos o sexuales. *Id.*, en art. 2.

190 *Id.* arts. 2-4.

191 *Id.*, en arts. 9 & 10.

192 *Id.*, en art. 13.

193 *Id.*, en art. 24.

194 Nahid Toubia, Female Genital Mutilation: A Call for Global Action 5 (2ª ed. 1995) [en adelante A Call for Global Action].

195 *Id.*

196 *Id.* en 26.

197 *Id.*, en 25.

198 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (WHO/OMS), FEMALE GENITAL MUTILATION: REPORT OF A WHO TECHNICAL WORKING GROUP (1996).

199 *A Call for Global Action*, supra nota 194, en 9. *La mutilación genital femenina debe realizarse como muy pronto durante la infancia y como muy tarde a los 30 años*. Véase Frances A. Althaus, *Female Circumcision: Rite of Passage or Violation of Rights*, 23 INTL. FAM. PLANNING PERSP. 130 (1997).

200 Convención de los Derechos del Niño, art. 24(3).

201 El artículo 3º de la Convención de los Derechos del Niño establece que "en todas las medidas concernientes a los niños,... una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño."

202 La violencia contra la mujer ha sido definida por la Asamblea General de las Naciones Unidas en la Declaración de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer como "... cualquier acto de violencia basado en el género que de lugar a o pueda resultar en un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, incluidas las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, ya sea en la vida pública o en la privada." Resolución de la Asamblea General sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, A/RES/48/104 (20 de diciembre de 1993).

203 INTO A NEWWORLD, supra nota 15, en 36.

204 Efuia Dorkenoo, *Cutting the Rose, Female Genital Mutilation: The Practice and its Prevention* 36-39 (1995).

205 *Female Circumcision: Rite of Passage or Violation of Rights*, supra nota 199, en 130.

206 Nahid Toubia, *Female Circumcision as a Public Health Issue*, 33(11) NEW ENG. J. MED. 713 (1994) [en adelante *Female Circumcision as a Public Health Issue*].

207 *A Call for Global Action*, supra nota 194, en 14; *Female Circumcision as a Public Health Issue*, nota supra 206, en 713.

208 UNFPA and Adolescents, supra nota 84.

209 Véase por ej. *A Call for Global Action*, nota supra 194; *Female Circumcision as a Public Health Issue*, supra nota 206.

210 Observaciones finales del 15º periodo de sesiones del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas: Ghana, par.21, 42, 18 de Junio de 1997, Doc ONU CRC/C/15/Add.73, (visitado el 13 de agosto de 1999).

211 Observaciones finales del 14º periodo de sesiones del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas: Etiopía, par.14, 24 de Enero de 1997, Doc ONU CRC/C/15/Add.67, (visitado el 13 de agosto de 1999).

212 Observaciones finales del 20º periodo de sesiones del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas: Guinea, par.26, 10 de Mayo de 1999, Doc ONU CRC/C/15/Add.100, (vistado el 17 de agosto de 1999).

213 *A Call for Global Action*, supra nota 194, en 25.

214 Comunicación personal de Amal Abd- Elhadi, coordinador del Programa de la Mujer, Instituto de Estudios de los Derechos Humanos de El Cairo, 15 de julio de 1998 (archivado con CRLP y RAINB_).

215 Id.

216 Egipto, Orden no. 261 del 8 de julio de 1996 del Ministro de Sanidad y Población, traducido en la OFFICE OF ASYLUM AFFAIRS, BUREAU OF DEMOCRACY, HUMAN RIGHTS AND LABOR, DEPARTMENT OF STATE, FEMALE GENITAL MUTILATION (FGM) IN EGYPT 3 (1997).

217 Barbara Crossette, *Court Backs Egypt's Ban on Mutilation*, N.Y. TIMES, 29 dic. de 1997, en A3.

218 Egypt, AWAKEN (Equality Now, New York, N.Y.), Sept. 1997, en 5.

219 Egypt: Highest Court Upholds Minister's Ban on Female Genital Mutilation (FGM), WOMEN'S ACTION 8.4 (Equality Now, New York, N.Y.), febrero de 1998.

220 OFFICE OF ASYLUM AFFAIRS, BUREAU OF DEMOCRACY, HUMAN RIGHTS AND LABOR, UNITED STATES DEPARTMENT OF STATE, FEMALE GENITAL MUTILATION (FGM) IN EGYPT.